

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**Cuidados centrados na família no perioperatório:
intervenções de enfermagem que facilitam a gestão
emocional da criança ou do jovem e sua família**

Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio


**Cuidados centrados na família no perioperatório:
intervenções de enfermagem que facilitam a gestão
emocional da criança ou do jovem e sua família**

Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of steps.

“Não somos meras máquinas lógicas, nem simples feixes de emoções à solta, mas sim a combinação de ambos, embora em algumas ocasiões o equilíbrio possa desviar-se para um lado ou para o outro.

António Damásio

“O sofrimento humano e ecológico é comum por todo o mundo, o cuidar que restaura, e o antigo sagrado feminino que a enfermagem simboliza, foi ferido e necessita de ser curado. “

Jean Watson

“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças...”

Nelson Mandela

“Só se vê bem com o coração...
... o essencial é invisível para os olhos.”

Antoine de Saint-Exupéry

“Não conheço nada tão Puro quanto o Amor de um Pai pelo seu Filho”

Manuel Antunes

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho, **Kiko**... pelo seu Amor, pela sua Felicidade e energias contagiantes, pela sua Honestidade e pureza, pela sua Bondade genuína...
Ao meu filho, **Guga**... pelo seu Amor, pelo seu carinho, pelo seu sorriso, por me mostrares verdadeiramente que o Amor cresce à medida que se reparte...

À minha mulher, **Susana**... por tudo... companheira de uma vida... pela Amizade, pelo Amor, pela Paixão... pela Tolerância, pela Resiliência, pela Coragem... por sonhares e nunca desistires... por acreditares e me levatares...
pelo teu afeto, carinho, dedicação e empenho... pela tua Felicidade contagiante, com esse sorriso que ilumina e aquece o coração...
por Tudo meu Amor...

Ao meu **Pai**... que tão cedo me deixas um pouco de ti e levas um pouco de mim... pelo seu Amor, pelo seu Carinho, pelo seu Afeto... pelo seu Saber, pela sua curiosidade, pelo gosto inesgotável em aprender... pelo seu Humanismo,
pelo seu Altruísmo, pelo seu sentido de Justiça...
um abraço eterno

À minha **Mãe**... pelo seu Amor, pela sua Alegria... pela sua Determinação, pelo seu sentido de Responsabilidade... pela sua Entrega, pela sua Dedicação...
pela sua Resiliência, pela sua Compreensão...

Aos meus queridos **colegas de curso**... pela Amizade que emerge da partilha deste caminho, e que percorrerá os cursos das nossas vidas

À **Professora Doutora Paula Diogo**... por me Cativar... por toda a orientação e tutoria... pela permanente disponibilidade... pelo seu profissionalismo...
por Acreditar e Contagiar a Enfermagem com o seu Respeito, Altruísmo e Amor

À **Professora Odete Lemos**... pelo novo Olhar... por abrir a janela...
por abrir a porta para este novo caminho...

Aos meus **colegas de trabalho**... pela Disponibilidade, pela Compreensão,
pela Ajuda... pelo Brio e Profissionalismo... pela Amizade

RESUMO

A hospitalização é, frequentemente, uma experiência de tonalidade negativa para a criança ou jovem, bem como para a sua família, representando o medo e a ansiedade o seu espelho emocional. Especificamente, quanto à experiência cirúrgica, o ambiente, a invasibilidade, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais são, simultaneamente, causas e potencializadores do distress perioperatório do cliente pediátrico. No que diz respeito à experiência emocional dos pais das crianças ou jovens submetidas a cirurgia cardíaca, é predominante o sentimento de culpa pela cardiopatia dos seus filhos, descrevendo esta experiência como uma “montanha russa de emoções” para significar a intensidade da mesma.

No sentido de dar resposta à problemática identificada, defini como objeto de estudo a intervenção de enfermagem promotora da gestão da experiência emocional do cliente pediátrico no perioperatório, desenvolvendo o presente Relatório com os objetivos de: 1) Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento e os processos de saúde-doença; 2) Desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pelo quadro de referência dos cuidados centrados na família, visando a capacitação da gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório. Todo este percurso teve por base uma metodologia reflexiva, facilitadora da transformação do conhecimento e desenvolvimento do saber, devidamente suportado e norteado pelo referencial teórico da Teoria do Cuidar Humano de Jean Watson, e no seu respeito pelo cuidar humano e altruísta, de suporte à intersubjetividade experimentada pelo cliente nos diferentes processos de saúde-doença.

As intervenções de enfermagem no perioperatório, orientadas pela filosofia dos cuidados centrados na família, são fundamentais na redução do stress e ansiedade, e na promoção do bem-estar do cliente pediátrico, sendo cumulativamente importante na promoção do desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; Cuidados Centrados na Família; Hospitalização; Cirurgia; Emoções

ABSTRACT

Hospitalization is, frequently, a negative tonal experience for child or adolescent as well as for their family, representing fear and anxiety their emotional mirror. Specifically regarding surgical experiences, the environment, invasiveness, fear of pain, not waking up from anesthesia and parental separation, are simultaneously causes and increasers of perioperative distress for pediatric client. Regarding the emotional experience of parents whose child's undergoing cardiac surgery, the feeling of guilt for they're heart's disease is prevalent, describing this experience as a "roller coaster of emotions" as an expression of it's intensity.

In order to respond to the identified problem, I defined as an object of study the nursing interventions that promote the emotional mangement of the pediatric client's emotional experience in the perioperative period, developing the present Report with the objectives of: 1) Developing the competences of the Child and Youth Health and Pediatric Specialist Nurse regarding the different stages of development and health-disease processes; 2) Develop competencies in nursing care, guided by the philosophy of Family-Centered Care, aiming for enabling the child's or adolescent and family emotional management in the perioperative period.

All this course was based on a reflexive methodology, which facilitates the transformation of knowledge and development of knowledge, supported and guided by Jean Watson's Theory of Human Care, and its respect for human and altruistic care, supporting the intersubjectivity experience in the different health-diseases processes.

Perioperative nursing interventions, guided by the philosophy of family-centered care, are essential in stress and anxiety's management, and in promoting the pediatric client's well-being, being simultaneously important for the child's development promotion.

Key-words: Pediatric nursing; Family-Centered Care; Hospitalization; Surgery; Emotions

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

BO - Bloco Operatório

CNSIJ - Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

CP – Cardiologia Pediátrica

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral de Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

EORNA - European Operation Room Nurse Association

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e
Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IPFCC - Institute for Patient and Family Centered Care

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

SUP - Serviço de Urgência Pediátrico

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos

USF – Unidade de Saúde Familiar

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

VPO - Visita Pré-operatória

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	4
1.1. Cuidados Centrados na Família no Paradigma de Enfermagem	6
1.2. Experiência emocional do cliente pediátrico no perioperatório	9
1.3. Intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional do cliente pediátrico no perioperatório	11
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	16
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO	17
3.1. Metodologia	17
3.2. Objetivos Gerais e Específicos	18
3.3. Atividades Transversais	20
3.4. Atividades Específicas	23
3.4.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	23
3.4.2. Serviço de Urgência Pediátrica	28
3.4.3. Unidade de Saúde Familiar	32
3.4.4. Internamento de Cardiologia Pediátrica	37
3.4.5. Bloco Operatório de Cirurgia Cardiorádica	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	
Apêndice I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS	
Apêndice II – ATIVIDADES DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	
Apêndice III – ATIVIDADE DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	
Apêndice IV – ATIVIDADE DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	
Apêndice V – ATIVIDADE DE ESTÁGIO NA CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	
Apêndice VI – ATIVIDADE DE ESTÁGIO NO BLOCO OPERATÓRIO	
ANEXOS	
ANEXO 1 - Premissas Básicas e Pressupostos da Teoria do Cuidar Humano	

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, integrada no 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O enfermeiro especialista conjuga níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que refletem um conjunto de competências especializadas, que lhe conferem a capacidade de cuidar na subjetividade dos processos de saúde-doença experimentados pelo cliente (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro). Especificamente, no que diz respeito ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, é seu domínio específico em enfermagem, o trabalho em “parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Regulamento n. 422/2018 de 12 de julho, p.19192). O presente relatório é neste sentido o resultado de um percurso formativo que me permitiu, especialmente, ao longo de 18 semanas, o desenvolvimento das competências especializadas no cuidar em pediatria. Todo este percurso teve por base uma metodologia reflexiva, facilitadora da transformação do conhecimento e desenvolvimento do saber assente em diferentes processos, que resultam da reflexão dialogante sobre o observado e o vivido (Alarcão & Rua, 2005; Esterhuizen & Freswater, 2008).

Deste modo, e tendo em conta os conflitos e um tormento internos e que, positivamente, transformei numa forte motivação para o desenvolvimento dos saberes necessários à compreensão da intersubjetividade que os clientes pediátricos experimentam durante a hospitalização, e ao longo da evolução dos seus processos de saúde-doença, bem como daquela que é a identidade e responsabilidade da enfermagem nestes processos. Importa assim, contextualizar que presto cuidados de enfermagem num bloco operatório de cirurgia cardiotorácica, integrado num serviço distinguido enquanto Centro de Referência para a área da Cardiopatia Congénita (Certificado com o código 22/2016). A prática instituída no serviço é standardizada e normativa, e neste sentido, pouco centrada e individualizada na criança, no jovem ou na família.

Independentemente da idade, da gravidade do diagnóstico, das expectativas, preocupações ou mesmo vontade expressa, todas as crianças ou jovens são separadas dos pais antes da entrada no bloco operatório, sendo este um momento emocionalmente intenso e perturbador para o cliente pediátrico.

A hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem, e para a sua família, sendo especificamente a experiência cirúrgica, em resultado das diferentes expectativas, significados e representações, uma ameaça acrescida à integridade da criança ou jovem e família, representando o medo e a ansiedade o espelho emocional de uma experiência de tonalidade negativa que representa a vivência da hospitalização, e deste processo de saúde-doença (Diogo, 2015, 2017). É assim, em resultado da problemática identificada que defino como objeto de estudo a intervenção de enfermagem na gestão da experiência emocional do cliente pediátrico no perioperatório, dando particular atenção ao cuidar em enfermagem, orientado pelo quadro de referência dos cuidados centrados na família, visando a capacitação da gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório. Segundo Watson (2002b), “o cuidar, humano e digno, tem sido desvalorizado na prática dos sistemas de saúde” (p.62). E é precisamente na sua Teoria do Cuidar Humano, e consequentemente no Paradigma da Transformação da Enfermagem, que encontrei o meu referencial teórico. É, pois, uma orientação teórico-conceitual de enfermagem que assenta no desenvolvimento do seu humanismo e holismo, e neste sentido o imperativo de manter o ideal e a ideologia do cuidar na prática da enfermagem.

Assim, o primeiro capítulo deste Relatório centra-se no enquadramento conceptual sobre esta temática, devidamente sustentado pelo referencial teórico e filosófico, encontrando-se no seu seguimento o segundo capítulo reservado à problemática e pertinência do objeto de estudo. O terceiro capítulo, está reservado à partilha e reflexão das experiências vividas nos diferentes contextos de estágio, devidamente norteados pelos objetivos e atividades que permitiram em seu resultado o meu desenvolvimento e aquisição das competências do EEESIP. O último capítulo destina-se às considerações finais, numa reflexão global sobre este percurso e daqueles que são os seus principais contributos, permitindo-me ainda uma consideração sobre projetos futuros. Por fim, em anexo, apresentam-se os trabalhos desenvolvidos que fundamentam e suportam as atividades desenvolvidas.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A publicação da Carta da Criança Hospitalizada em 1988, foi um marco muito importante na história dos cuidados de saúde prestados à criança, ao jovem e à sua família, defendendo o seu melhor interesse explanado em dez princípios vinculativos a respeitar durante o período de hospitalização (UNICEF, 1990). “Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado” (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2009, p.7) acrescentando ainda que “os pais devem ser encorajados a permanecer junto dos seus filhos (...) devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho” (IAC, 2009, p.14).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), por seu lado, define o cliente pediátrico, identificando-o num binómio indissociável de que fazem parte a criança ou o jovem e a família (OE, 2011). Neste sentido, clarifica que se entende por criança toda a pessoa com menos de 18 anos, podendo este limite, em casos específicos como a doença crónica ou a incapacidade, estender-se até aos 21 anos ou até que a transição para a vida adulta esteja assegurada (OE, 2011). Define ainda enquanto família, “o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influencia no seu crescimento e desenvolvimento” (OE, 2011, p.4). É assim do domínio específico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e (EEESIP), o trabalho em parceria com a criança ou jovem e família, assistindo “na maximização da sua saúde... nas situações de maior complexidade... e em resposta às necessidades de ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (Regulamento n. 422/2018 de 12 de julho, p.19192)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), vem na sua 69.^a Assembleia reafirmar a importância dos cuidados centrados na pessoa, destacando a necessidade de adoção de um instrumento que permita conduzir, avaliar e identificar o contexto, processo e resultado destes cuidados (WHO, 2016). Neste seguimento, a Direção-Geral de Saúde (DGS) (2015), através do Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2020, vem definir como valor e princípio o “sistema (...) centrado nas pessoas, adequado aos objetivos, que seja eficiente, e tenha

recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa, de modo a garantir os cuidados de saúde integrados” (DGS, 2015, p.9).

De regresso à Carta da Criança Hospitalizada, “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (UNICEF, 1990 p.16), pelo que especificamente no que diz respeito à experiência no perioperatório, a European Operation Room Nurse Association (EORNA) (1997), evoca em sua defesa o direito em receber as informações necessárias, bem como o suporte emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios. Já a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) (2006), fundamenta o seu propósito e desígnio na defesa e orientação dos cuidados de enfermagem perioperatórios para a pessoa, tendo como base uma parceria cujo objetivo é garantir a sua segurança física e emocional, prevenindo a infeção e os acidentes. Enquadra a sua emergência na necessidade do respeito holista do cliente, apelando ao cuidar perioperatório do cliente na sua unidade e multidimensionalidade.

Importa agora contextualizar que presto cuidados de enfermagem num Bloco Operatório (BO) de cirurgia cardiotorácica integrado num serviço distinguido enquanto Centro de Referência para a área da Cardiopatia Congénita (Certificado com o código 22/2016). A prática instituída no serviço é estandardizada e normativa, e neste sentido, pouco centrada e individualizada na criança, no jovem ou na família. Assim, independentemente da idade, da gravidade do diagnóstico, das expectativas, preocupações ou mesmo vontade expressa, todas as crianças ou jovens são separadas dos pais antes da entrada no bloco operatório, sendo este um momento emocionalmente intenso e perturbador para o cliente pediátrico. Este momento é ainda agravado pela necessidade de cateterização venosa periférica para a realização da indução anestésica (Fragata, 2009). Sendo, obrigatoriamente, realizada no dia anterior à cirurgia uma colheita sanguínea para fins de tipagem, a cateterização na sala operatória é uma duplicação desta técnica, aqui agravada pela ausência parental e fundamentando assim um momento de intensa e perturbadora crise emocional para a criança ou jovem e sua família. Em sua extrema oposição, é prática estandardizada da equipa de enfermagem, a partilha de informação à família no momento do acolhimento, após a conclusão das técnicas anestésicas e no final da cirurgia. Se por um lado, a análise destas práticas à luz dos princípios e

responsabilidades ético-legais espelha a sua profunda inadequação, por outro, a partilha da informação junto da família durante o período intraoperatório, pilar dos cuidados centrados na família, espelha o respeito e integração da família enquanto alvos do nosso cuidar.

1.1. Cuidados Centrados na Família no Paradigma de Enfermagem

Segundo McCormack *et al.* (2015), a evidência científica reflete a evolução da prática e dos cuidados, no sentido dos cuidados centrados na pessoa, enquadrando-os na prática e na disciplina da enfermagem, na medida em que se fundamentam na individualidade da pessoa, no respeito pelos seus direitos e na construção de uma relação assente na confiança e na compreensão mútua. Collins (2015) por sua vez, caracteriza-os como coordenados, personalizados, promotores da dignidade, respeito e compaixão pela pessoa, e promotores da sua capacitação, integrando nesta filosofia de cuidados a dimensão do empoderamento do cliente. No que diz, especificamente, respeito à criança ou ao jovem e à família, esta filosofia de cuidados é conceptualizada enquanto cuidados centrados na família. O Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC) (2017), refere que esta filosofia de cuidados se orienta para a integração na prática clínica da criança ou do jovem e da família ou pessoa significativa, na perspetiva do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, bem como na dimensão do desenvolvimento de políticas organizacionais e institucionais dos cuidados de saúde. A parceria estabelecida entre os prestadores de cuidados e os clientes, elemento central desta filosofia de cuidados, é nuclear na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, ao mesmo tempo que promove o seu bem-estar e satisfação. Os cuidados centrados na família assentam assim em quatro pilares conceptuais (Hockenberry & Wilson, 2014):

- Dignidade e respeito –assente no princípio ético da dignidade, cuja sua condição é intrínseca ao ser humano e implica o respeito pelo outro. Este conceito evoca ao respeito profissional pela liberdade de escolha do cliente, bem como pela integração na prática clínica dos costumes, valores, crenças e expetativas dos clientes;

- Partilha de informação – é responsabilidade do profissional a partilha de informação honesta, clara, detalhada e sem viés, respondendo à individualidade e necessidade do cliente, promovendo o suporte e a sua capacitação para a tomada de decisão;
- Participação – estímulo e suporte à participação no planeamento, tomada de decisão e prestação de cuidados da forma e medida que o desejem, promovendo assim, no respeito pela sua vontade a sua integração na individualização do plano de cuidados;
- Colaboração – envolve a colaboração entre os profissionais, seus clientes e as organizações na definição, desenvolvimento e avaliação dos programas e políticas de saúde institucionais.

O IPFCC (2017) enquadra ainda como elementos centrais na filosofia dos cuidados centrados na família, o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança, o respeito pelas diferentes estratégias de *coping*, a promoção da rede e suporte entre famílias, a resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, a promoção de políticas de suporte emocional e financeiro das famílias e a resposta às necessidades dos clientes, atendendo e respeitando a diversidade cultural. Estando assente numa pareceria cujo objetivo comum é a prestação do cuidar holístico à criança ou jovem e à sua família, pressupõe a capacitação e empoderamento do cliente, assente na partilha da informação, na capacitação para a tomada de decisão e no suporte necessário às necessidades de cuidados (Hockenberry, & Wilson, 2014).

A orientação para a pessoa, é assim a base da diferenciação da disciplina da enfermagem de outras disciplinas, e decorre de um percurso histórico de identificação e precisão do seu próprio domínio da investigação e da prática clínica. Este percurso está organizado em três grandes correntes de pensamento que se caracterizam pela forma de ver e compreender o mundo durante um intervalo temporal e que se denominam por Paradigma da Categorização, da Integração da Transformação (Kérouac, Pépin & Ducharme, 1994). O Paradigma de Enfermagem da Transformação, define-se na conceptualização de que cada fenómeno é único, estando em constante interação recíproca com uma unidade global e de maior dimensão, o mundo que a envolve. É neste paradigma que Watson (2002a) integra o seu contributo para a enfermagem, partindo de uma preocupação e de um mal-estar, assente naquilo que descreve enquanto

evolução ocidental e que apesar de ser muito importante no contexto da medicina moderna, se reduz no cientismo e na cura bio fisiológica. “O sofrimento humano e ecológico é comum por todo o mundo, o cuidar que restaura, e o antigo sagrado feminino que a enfermagem simboliza, foi ferido e necessita de ser curado.” (Watson, 2002a, p.6). Watson enquadra-se assim num movimento de enfermeiros cuja inquietude faz emergir este novo paradigma orientado para aquele que entende como o arquétipo da enfermagem, a energia sagrada feminina do cuidar-curar. Evoca ao reacender da luz que ilumina o caminho em direção ao pós-moderno, guiado pela cosmologia transpessoal e transcultural, num propósito humanista de profundo respeito pela dignidade. Segundo Watson (2002a, 2002b), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Define assim, as premissas básicas e os pressupostos (ANEXO I) da sua Teoria do Cuidar Humano, segundo a qual (Watson, 2002b):

- Pessoa – ser único, multidimensional em permanente relação e interação com o Universo; “um eu inteiramente funcional e integrado... que é mais do que a soma das suas partes” (Watson 2002b, p.29);
- Ambiente – o ambiente/sociedade está em permanente mudança implicando uma adaptação permanente da pessoa. A pessoa tem necessidades associativas e afetivas que em contexto da doença podem implicar a separação daqueles que preenchem a sua necessidade, tendo a enfermagem um papel nuclear no suporte a este momento de crise;
- Saúde – refere-se a um estado subjetivo na mente de cada pessoa e diz essencialmente respeito “à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma... associada com o grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado” (Watson 2002b, p.86);
- Cuidar – Watson devolve o cuidar ao core da enfermagem, “... é o ideal da enfermagem... o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana... todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença... interacções ambiente-pessoa” (Watson, 2002b, p.55). A enfermagem enquanto ciência humana, interessa-se pelo cuidado holístico “...transpessoal e transcultural, pelo objectivo, pelo subjectivo e intersubjectivo” (Watson 2002a, p.11), com vista à promoção da harmonia da mente, corpo e

alma, tendo como base a dignidade, o autoconhecimento e a autorrealização (Watson, 2002b).

A Teoria do Cuidar Humano, integra-se na Escola de Pensamento do Cuidar, na medida em que orienta o propósito da enfermagem no cuidado holístico, promotor da adaptação, equilíbrio e harmonia entre a pessoa, o ambiente e o universo (Kérrouac *et al.*, 1994). “A Enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro.” (Watson 2002b, p.61). Defendendo que as pessoas precisam umas das outras de uma forma cuidativa e amorosa, responsabiliza a enfermagem pelo cuidado holístico, humano e digno, que define enquanto essência da enfermagem (Watson, 2002b).

1.2. Experiência emocional do cliente pediátrico no perioperatório

Segundo Damásio (2012), a razão, o pensamento e a ação, são indissociáveis das emoções. Define conceptualmente emoções, enquanto processo neurobiológico, racional e não-racional, que integra a complexidade das interações cerebrais numa viagem neural e química, cujo percurso é conduzido através da profunda interação e cumplicidade entre o cérebro e a paisagem percebida, o corpo. Assim, entende por emoções as respostas químicas e neurais a estímulos que se manifestam na dimensão física enquanto alterações corporais e na dimensão da mente enquanto sentimentos, ou seja, o resultado da tomada de consciência da emoção.

A busca de conhecimento em torno das emoções acompanha o percurso histórico da humanidade, pois já Aristóteles (384 a 322 a. C., citado por Diogo, 2015), referia que as pessoas se movem emocionalmente. A sua integração no quadro de referência da enfermagem enquadra-se no humanismo e altruísmo da prática e da disciplina. Watson (2002a; 2002b), refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, referindo que são a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Neste sentido, refere que o cuidar é um processo relacional em que as emoções se assumem como libertação do ser humano, integrando nos seus fatores de cuidar a expressão de

sentimentos positivos e negativos (ANEXO 1). Swanson (1991, 1993), refere que cuidar é estar emocionalmente aberto para o outro, integrando na sua estrutura do processo de cuidar (ANEXO 2), o “estar com” que descreve como estar emocionalmente presente para e com o outro, implicando estar e disponibilidade para a partilha de sentimentos e emoções. Collière (2003) refere que a relação enfermeiro-cliente está impregnada de sentimentos e emoções que se transmitem em cascata, acrescentando neste sentido que a ausência do afeto se traduz na frieza da técnica e na negação do Cuidar. Já Benner (2001) descreve o enfermeiro perito como aquele que implica as emoções na sua prática, valorizando o envolvimento emocional com o cliente.

Hochschild (1983) ao estudar as emoções e o seu estreito relacionamento com a ação, trouxe para o conhecimento o conceito de *emotional labour*, ou seja, trabalho emocional, referindo-se à capacidade de gerir os sentimentos do *Self*, no sentido de espelhar emoções que produzam no outro um resultado esperado. Mas é Smith (1992, 2009) quem integra este conceito na prática dos cuidados de enfermagem, ao estudar a capacidade do enfermeiro em gerir e superar os seus sentimentos e conflitos internos, visando induzir a segurança e tranquilidade essenciais para o bem-estar e satisfação do cliente. Este trabalho emocional implica a gestão emocional, e nesse sentido a mobilização de competência que mais do que inatas têm que ser aprendidas e trabalhadas. Segundo Diogo (2015, 2017), os enfermeiros mobilizam na sua prática diária, competências que visam a transformação positiva de sentimentos e emoções negativas tendo como propósito ajudar na gestão emocional do cliente, regular a sua disposição emocional para cuidar e prover um cuidado emocional. Este processo traduz-se naquela que define como a dupla centralidade do trabalho emocional: no cliente e no enfermeiro.

Na atualidade, a produção científica de enfermagem é bastante frutuosa quanto à vivência emocional e à gestão da emocionalidade vivida pelas crianças e sua família nos processos de saúde-doença. Diogo (2015, 2017) refere que hospitalização se caracteriza pela interrupção das rotinas quotidianas e do ambiente familiar, pela multiplicidade de procedimentos e pelo contacto com um elevado número de pessoas desconhecidas. Estas experiências são profundamente ansiogénicas para a criança ou jovem, e para a sua família, sendo o medo e a ansiedade o espelho emocional desta experiência de

tonalidade negativa que representa a vivência deste processo de saúde-doença e da hospitalização. No que diz, especificamente, respeito à experiência cirúrgica, relacionando-se com as diversas expectativas, significados e representações; o ato cirúrgico assume-se como uma ameaça acrescida à integridade da criança ou jovem e família nesta experiência de hospitalização. O medo do desconhecido, da dor, de não acordar da anestesia, bem como o ambiente estranho e hostil fundamentam a tensão emocional associada aos procedimentos anestésico-cirúrgicos (Panella, 2016). Um estudo relativamente à experiência emocional dos pais cujos filhos foram submetidos a uma cirurgia cardíaca, aponta o sentimento de culpa pela cardiopatia dos seus filhos, descrevendo numa montanha russa de emoções, a incapacidade e impotência que decorre da entrega do filho ao staff cirúrgico, referindo a longa e interminável espera durante a cirurgia, como estando sentados em cima de alfinetes e agulhas (Wei, Roscigno, Swanson, Black, Hudson-Barr, & Hanson, 2016).

Numa lógica vinculativa de contágio emocional, “pais e filhos vão-se influenciando mutuamente nos seus processos de aquisição e transformação de significações sobre saúde e doença” (Barros, 2003, p. 39). A adaptação da criança ou jovem depende da compreensão e significado, bem como do recurso a processos de confronto. Neste sentido, a investigadora refere que as metodologias mais eficazes no controlo da ansiedade, da dor e do sofrimento são as que vão ao encontro da especificidade do cliente com particular enfoque na sua compreensão, na informação, bem como nas metodologias de confronto. A hospitalização pode assim, ser uma ocasião particular para aprendizagem e desenvolvimento, na medida em que a sua capacitação e suporte, promove a aprendizagem de estratégias de confronto do medo e da ansiedade, aumentando simultaneamente o seu autoconceito de competência e eficácia (Barros, 2003).

1.3. Intervenções de enfermagem promotoras da capacitação e gestão emocional do cliente pediátrico no perioperatório

Importa em primeiro lugar definir o que se entende por período perioperatório, correspondendo assim, ao intervalo temporal que decorre desde a formalização da indicação cirúrgica até à alta. Contudo, face à amplitude do

intervalo temporal que define o período perioperatório, num propósito que não se pretende de natureza limitativa ou exclusiva, serão privilegiados especificamente: o perioperatório imediato - a partir de 24 horas antes do procedimento cirúrgico; o intraoperatório - desde a entrada para o BO até à transferência para a unidade de recuperação; pós-operatório imediato – até 24 horas após a cirurgia (Goodman & Spry, 2016; Serra *et al.*, 2015).

A vivência do período perioperatório envolve uma rutura com as rotinas quotidianas e familiares, implicando o contacto com uma multiplicidade de procedimentos, de equipamentos, com um elevado número de pessoas desconhecidas, a experiência com roupas, cheiros e sons não familiares que são profundamente ansiogénicos para a criança ou jovem (Diogo, 2015, 2017; Panella, 2016). A forma como a criança ou jovem vive esta experiência, neste processo de saúde-doença, é particularmente importante, uma vez que qualquer evento é condicionante das experiências que lhe procedem (Barros, 2003; Panella, 2016). Foi assim, na busca da dimensão emocional inscrita no cuidar de enfermagem à criança ou jovem, que Diogo (2015, 2017), trás para o conhecimento desta disciplina prática, o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP). Referindo assim a sua dupla centralidade, na medida em que através de um processo de gestão emocional, os enfermeiros regulam a sua disposição emocional para cuidar e promovem simultaneamente, um ambiente e contexto de cuidados mais seguro, tranquilo e afetuoso que facilita a gestão das emoções do cliente pediátrico. O TEEP, revela-se assim, a par das conceções orientadoras do cuidar em enfermagem (OE, 2011), como um pilar essencial na prestação de cuidados ao cliente pediátrico no perioperatório. Assim, segundo Diogo (2015, 2017), o TEEP organiza-se em cinco categorias *major* que apesar de bem definidas não são dissociativas, correlacionando-se numa intimidade e dinâmica inter-relacional e unitária:

- Promover um ambiente seguro e afetuoso - interações como o acolhimento, o cumprimento, a expressão de afeto e a promoção do ambiente familiar;
- Nutrir os cuidados com afeto - referindo-se ao sorriso, à voz embalada e suave, ao olhar meigo, ao falar animado, ao carinho e ao colo;
- Facilitar a gestão as emoções dos clientes - referindo que as interações se podem organizar de forma antecipatória (postura calma e carinhosa, disponibilidade, promovendo a preparação para os procedimentos), ou de

forma reativa (envolvimento das famílias nos cuidados, fazer pausas, explicar e esclarecer dúvidas, entre outros);

- Construir a estabilidade na relação - visa o envolvimento emocional, a gestão de episódios conflituosos e o equilíbrio de poderes;
- Regular a disposição emocional para cuidar - implicando a motivação e a persistência, e o autoconhecimento e a gestão emocional (análise de experiências, partilha da experiência emocional, entre outras).

Diogo (2015, 2017), refere que o conhecimento de si é uma condição essencial ao processo da gestão emocional, descrevendo a necessidade individual de reflexão sobre os cuidados, pessoas e emoções. Esta necessidade reflexiva vai ao encontro da inteligência emocional definida na década de 90 por Salovey e Mayer e posteriormente desenvolvida e adaptada por Goleman (2012) como “a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2015, p.323). A inteligência emocional, segundo Goleman (2012) inclui cinco competências emocionais e sociais básicas: autoconsciência, autorregulação, empatia, motivação e aptidões sociais.

Importa neste sentido, compreender as diferentes intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para a gestão emocional da criança ou do jovem e da família. Assim, e de acordo com a orientação proposta por Chorney e Kain (2010), as práticas centradas na família no perioperatório, apresentam três dimensões temporais: período pré-operatório, com vista à preparação para a cirurgia; período intraoperatório, orientado para as estratégias de gestão; e o período pós-operatório, focando-se na gestão da dor e na recuperação.

No que diz respeito ao período pré-operatório, a preparação pré-operatória está no core dos cuidados centrados na família, sendo que a evidência é clara ao referir que crianças ou jovens e pais, numa lógica de ressonância afetiva e contágio emocional, beneficiam de informação adequada relativamente à experiência anestésico-cirúrgica e à experiência sensorial (Barros, 2003; Diogo, 2015, 2017). Panella (2016) refere que a prevenção pré-operatória da ansiedade na criança ou jovem é muito importante na prevenção de *outcomes* negativos pós-cirúrgicos, como a dor aumentada ou as alterações comportamentais, defendendo assim a gestão emocional antecipatória (Diogo, 2015, 2017) como

intervenção preventiva da disrupção e crise emocional e paralela e, consequentemente, promotora do bem-estar e segurança da criança ou jovem.

Igualmente importante no domínio da preparação, enquadra-se o suporte e aprendizagem de competências de *coping* adequadas ao estágio de desenvolvimento (Aranha, Sams, & Saldanha, 2017; Diogo, 2015, 2017; Panella, 2016; Rasti-Emad-Abadi, Naboureh, Nasiri, Motamed & Jahanpour, 2017). Neste sentido, a evidência científica reflete que o recurso a diferentes estratégias e materiais psico-educativos, de que servem exemplo a música, aplicações, a brincadeira, entre outros, devidamente adequados ao estágio de desenvolvimento da criança ou jovem, resultam na redução do medo e ansiedade e, consequente, aumento da sua satisfação e do seu bem-estar. (Capurso & Ragni, 2016; Johnson & Rodriguez, 2013; Kassai *et al.*, 2016; Liguori *et al.*, 2016; OE, 2010; Teixeira & Figueiredo, 2009). À semelhança da criança ou jovem, face aos medos, receios e significados, a experiência cirúrgica é também profundamente ansiogénica para a sua família, sendo uma responsabilidade do enfermeiro, atendendo à filosofia dos cuidados centrados na família, assegurar o suporte da família e promover a sua participação no plano de cuidados (Panella, 2016; OE, 2010).

Relativamente ao período intraoperatório, este vai ao encontro da promoção de um ambiente seguro e afetuoso, caracterizado pela tranquilidade, devendo este ser pouco estimulante e promotor da segurança da criança ou jovem e da família. A adequação das estratégias ao estágio desenvolvimento da criança ou jovem são igualmente essenciais neste período, refletindo a evidência o recurso a diferentes estratégias como a brincadeira, aplicações, música, entre outros (Diogo, 2017; Goodman & Spry, 2016; OE, 2010; Panella, 2016).

Uma das intervenções específicas do intraoperatório, assente no propósito da continuidade com o ambiente familiar, diz respeito à presença parental até à indução anestésica. Segundo Kain *et al.* (2007), a presença parental suportada num programa de participação educacional, destaca-se pela redução da ansiedade na criança e nos pais, reduzindo simultaneamente o delírio, o consumo de analgésicos e reduzindo o tempo de internamento na unidade de recuperação. Em sintonia com o referido anteriormente, Curtis, Foster, Mitchell e Van (2016), concluíram que a aplicação de diferentes modelos de promoção à participação da família, reproduzia um efeito positivo nos pais que se expressa

maioritariamente na redução da ansiedade e stress dos pais, na melhoria da comunicação com os profissionais de saúde e no aumento da satisfação dos pais com a prestação dos cuidados. Em outro estudo, relativo à presença parental durante a indução anestésica, os autores concluíram que a redução do stress e da ansiedade com a presença de ambos os pais era muito expressiva na própria figura parental (Kain, Maclaren, Weinberg, Huszti, Anderson, & Mayes, 2009). Esta observação assume uma particular importância, uma vez que pais e filhos se relacionam numa interação dinâmica de contágio emocional (Diogo, 2015, 2017). Importa ainda referir, no que diz respeito à presença parental, que esta não é consensual, sendo por vezes ansiogénica para a equipa cirúrgica, pelo que carece de uma investigação mais profunda (Chorney & Kain, 2010).

Quanto à dimensão da partilha da informação no intraoperatório, surge alguma evidência científica relativa à intervenção do enfermeiro enquanto elemento de ligação entre a família e a equipa cirúrgica. O aumento do tempo programado para a cirurgia, a ausência de informação, entre outros, conduz ao aumento da ansiedade e do sentimento de isolamento por parte da família, pelo que o contacto durante o procedimento cirúrgico dá suporte, fortalece a comunicação e promove o sentimento de participação e respeito pela família (MacDonald, Latimer, & Drisdelle, 2006; Wei *et al.*, 2016). No que diz respeito à comunicação da equipa multidisciplinar com a família durante o período intraoperatório, a sua organização de forma sistematizada, atendendo a questões como a periodicidade, os materiais de apoio e o tipo de informação, é muito importante na melhoria da qualidade dos cuidados e na redução do stress e ansiedade (Hanson-Heath, Muller, & Cunningham, 2016; Lopez *et al.*, 2016; Micheli, Curran-Campbell, & Connor, 2010; Stefan, K., 2010).

Por fim, no que diz respeito ao pós-operatório, as intervenções centram-se na promoção de um ambiente seguro e afetuoso, caracterizado pela tranquilidade, devendo este ser pouco estimulante e promotor da segurança da criança ou jovem e da família (Diogo, 2015, 2017; Goodman & Spry, 2016; Panella, 2016). Quanto à presença parental, ao contrário do período intraoperatório, a evidência é clara no suporte desta intervenção por ser extremamente importante na redução da ansiedade e na prevenção de complicações (Chorney & Kain, 2010).

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

A experiência de hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família, sendo as suas principais causas, no contexto perioperatório, o medo do desconhecido, da dor e de não acordar da anestesia, a que se associam a falta de preparação e as significações individuais (Curtis, *et al.*, 2016; Diogo, 2015, 2017). A forma como vivem esta experiência, na intersubjetividade dos seus processos de saúde-doença, é particularmente importante, uma vez que qualquer evento é condicionante das experiências que lhe procedem. Neste sentido, a experiência de hospitalização assume particular importância, uma vez que pode ser promotora do desenvolvimento e do bem-estar da criança ou jovem, enquanto experiência promotora da aprendizagem de estratégias de *coping* (Barros, 2003; Panella, 2016). O problema delimitado é, portanto, a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório, sendo esta predominantemente negativa e perturbadora, e caracterizada por vivências emocionalmente intensas associadas à cirurgia.

Segundo Watson (2002a) a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções, devendo, segundo Swanson (1991, 1993), estar emocionalmente aberta para o Outro. O suporte emocional é um pilar da filosofia dos cuidados centrados na família, quadro de referência da prestação de cuidados em pediatria (IPFCC, 2017; OE, 2011). A enfermagem perioperatória, define-se por sua vez, na orientação do cuidar para a pessoa e na garantia da sua segurança física e emocional (AESOP, 2006). Diogo (2015, 2017) referindo que os enfermeiros mobilizam na sua prática diária intervenções que visam a transformação positiva de sentimentos e emoções negativas, descreve aquela que define como dupla centralidade do trabalho emocional em enfermagem pediátrica. É assim que defino como objeto de estudo, as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação e gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO

3.1. Metodologia

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro especialista assume a sua especificidade e perícia, conjugando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que refletem um conjunto de competências especializadas que lhe conferem a capacidade de cuidar na subjetividade dos processos de saúde-doença experimentados pelo cliente (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro. No que diz respeito ao EEESIP, é seu domínio específico em enfermagem, o trabalho em “parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Regulamento n. 422/2018 de 12 de julho, p.19192).

O desenvolvimento destas competências especializadas flui através de um percurso de aprofundamento, daquelas que eram já as minhas competências enquanto enfermeiro de cuidados gerais, cujo desenvolvimento da perícia se centrou predominantemente ao longo dos passados 12 anos, na prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios (Benner, 2001; AESOP, 2006). Este percurso de desenvolvimento das competências especializadas teve como base o modelo conceptual centrado na criança ou jovem e família/pessoa significativa, cuja parceria de cuidados visa “a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, gestão do bem-estar da criança, deteção e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida (...) e a promoção da autoestima do adolescente e sua progressiva responsabilização” (Regulamento n. 422/2018 de 12 de julho, p.19192). Foi com base numa abordagem clínico-reflexiva ecológica, enquadrada, numa matriz desenvolvimentista e sócio-construtiva, que fui desenvolvendo a minha capacidade de utilizar os saberes para agir em situação (Alarcão & Rua, 2005). A “reflexão dialogante sobre o observado e o vivido” (Alarcão & Rua, 2005, p. 380), permitiu, com base no permanente desenvolvimento do meu autoconhecimento e autorregulação, experimentar de forma interativa com a

situacionalidade da experiência, a apropriação e construção ativa do conhecimento (Alarcão & Rua, 2005; Serrano, Costa & Costa, 2011).

Esterhuizen & Freswater (2008) referem a prática reflexiva como uma forma de estar, um instrumento educacional promotor da capacitação e emancipação, sendo paralelamente um instrumento transformativo do indivíduo e da prática de enfermagem. A transformação do conhecimento e o desenvolvimento do saber pessoal resulta segundo Schön, citado por Alarcão (1996), da reflexão para a ação, reflexão na ação, reflexão sobre a ação e da reflexão sobre a reflexão da ação. A reflexão individual é, neste sentido, condição do percurso reflexivo, sendo a comunicação e a partilha reflexiva individual essenciais para o confronto de ideias, compreensão do Outro e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da identidade profissional (Esterhuizen & Freswater, 2008). Segundo Alarcão (1996), a reflexão constitui “um processo simultaneamente lógico e psicológico, que combina a racionalidade da lógica investigativa e a irracionalidade inerente à intuição e à paixão do sujeito pensante; une cognição e afetividade num acto específico, próprio do ser humano” (Alarcão, 1996, p. 175). Já Damásio (2012), na sua conceptualização sobre a razão humana, defende a importância do conhecimento do *Self*, do universo e da realidade experimentada, enquanto conhecimento emergente da estreita ligação entre a reflexão e a emoção.

Benner (2001) defende, também, que o desenvolvimento da teoria e da especificidade da ciência da enfermagem carece do desenvolvimento do conhecimento teórico, assente na investigação da prática clínica, e do conhecimento prático, fundamentado e justificado pela reflexão e pelo registo completo e preciso da observação e da intervenção da enfermagem. É precisamente dentro deste pensamento unitário-transformista que Watson (2002b) refere que o “cuidar é a essência da enfermagem (...) é um empreendimento epistémico que (...) requer estudos sérios, reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar” (Watson, 2002b, p. 56).

3.2. Objetivos Gerais e Específicos

O presente relatório de estágio pretende refletir o percurso formativo e a forma como consegui desenvolver competências enquanto EEESIP. Neste

sentido, importa referir que este estágio teve como ponto de partida um projeto elaborado no âmbito da unidade curricular Opção II, integrada no 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O estágio decorreu ao longo de 18 semanas, as quais foram distribuídas pelos diferentes contextos da prática clínica de acordo com o Cronograma de Estágio (Apêndice I), previamente analisado e discutido durante a elaboração do Projeto de Estágio. Este Cronograma foi elaborado no sentido de ser facilitador e promotor da construção do saber profissional, pois segundo Alarcão e Rua (2005), o “saber situacionalmente contextualizado, pessoalmente construído, referenciado a saberes disciplinares (...) e saberes experienciais” (p.377). Assim, o desenvolvimento e a construção destes saberes disciplinares e experienciais - que segundo Carper (1978) são de âmbito científico, experiencial, pessoal e ético - foram orientados pelos seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EEESIP tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento e os processos de saúde-doença;
- Desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pelo quadro de referência dos cuidados centrados na família, visando a capacitação da gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

A definição dos objetivos específicos foi concretizada no sentido do suporte e otimização destes objetivos gerais, ficando reservada para o subcapítulo de cada campo de estágio, a apresentação dos objetivos que lhe são exclusivos. Foram assim definidos como objetivos específicos, que são transversais a todo o percurso de estágio:

- Conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do serviço e as conceções/modelos orientadores da prática clínica;
- Identificar as intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e família que visam a promoção dos cuidados centrados na família;
- Desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento;
- Promover a expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver;

- Promover a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família;

A concretização destes objetivos, gerais e específicos, foi planeada e otimizada para cada campo de estágio, através da elaboração de um **Guia Orientador das Atividades de Estágio** (Apêndice II, III, IV, V e VI). Este documento único, mas de apoio individualizado para cada campo de estágio, contempla um breve enquadramento da temática, problemática e objeto de estudo, apresentando em seguida, uma grelha com os objetivos específicos para o respetivo estágio, as atividades a realizar para atingir estes objetivos, os recursos necessários à sua concretização e, por fim, a(s) competência(s) que foram adquiridas no decorrer da concretização dos objetivos. A primeira atividade elaborada em cada um dos Guias Orientadores, diz respeito ao enquadramento do contexto da prática clínica em que realizei o meu estágio, iniciando assim todos os Guias orientadores pela respetiva **Descrição do local de estágio** (Apêndice II, III, IV, V e VI).

3.3. Atividades Transversais

Foi sempre com base no Guia Orientador das Atividades de Estágio que iniciei todas as experiências de estágios. Partindo da sua apresentação junto dos enfermeiros orientadores, responsabilidade sempre atribuída a um EEESIP e, sempre que foi possível, também junto dos enfermeiros chefes, apresentei os objetivos e as atividades a que me propunha. Tão importante quanto esta apresentação do enquadramento e objetivos, foi a análise e discussão que lhe decorreu e que por vezes permitiu, em resultado da perícia e distinto saber científico e experiencial destes enfermeiros (Benner, 2001; Carper, 1978), adequar e otimizar os objetivos específicos bem como as respetivas atividades, no sentido de tornar esta experiência, do ponto de vista da partilha e da construção dos saberes, mais rica e frutuosa.

Assim, no que diz respeito ao primeiro objetivo específico - *conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço, e as conceções/modelos orientadores da prática clínica* - a sua concretização parte desta mesma **reunião de apresentação e negociação do Guia Orientador das Atividades de Estágio**. Esta primeira reunião foi sempre muito importante no sentido em que

permitiu, num primeiro contacto, inteirar-me de forma global sobre as concepções orientadoras da prática clínica, bem como dos projetos específicos de cada serviço. Em sua estreita articulação, o segundo objetivo específico - *identificar as intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e família que visam a promoção dos cuidados centrados na família* - partiu também desta reunião, na medida em que permitiu de uma forma introdutória, compreender a continuidade estabelecida entre concepções/modelos orientadores da prática clínica e a organização e orientação para a prestação de cuidados de enfermagem efetivamente centrados na criança ou jovem e família. O desenvolvimento e concretização destes objetivos implicaram uma contínua articulação com o enfermeiro orientador, com a equipa de enfermagem, com os elementos responsáveis pela implementação e desenvolvimento dos projetos, bem como a consulta dos manuais, procedimentos e normas que sustentam e orientam a prática clínica nos respetivos serviços. É ainda importante salvaguardar que o desenvolvimento e respetiva concretização destes objetivos acompanhou todo o percurso do estágio até ao seu término.

A especificidade de cada contexto da prática clínica, implicou uma profunda **pesquisa bibliográfica** que permitiu e promoveu o desenvolvimento do meu saber científico e ético. A esta pesquisa acresce, ainda, a partilha do saber experiencial e pessoal com os enfermeiros orientadores que ficam para mim como referencial pessoal do EEESIP, do perito no cuidar de enfermagem à criança ou jovem e família no seu contexto específico da prática clínica. Tal como Benner (2001, p.14) refere “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

A definição e concretização do terceiro objetivo específico - *desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento* - foi muito importante neste percurso de construção de saberes. A comunicação é uma competência que apesar de parecer inata e intuitiva deve se aprendida e treinada, implicando tempo e treino metodológico específico (Buckman, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014). É um processo construído numa base retórico-hermenêutica, através da qual o enfermeiro recorre às suas competências linguísticas e de expressão num propósito de estabelecer uma relação dialógica promotora da expressão honesta

de sentimentos e emoções. É precisamente neste encontro retórico-hermenêutico da relação dialógica estabelecida que emergem a interpretação dos valores, crenças e significados do cliente, e que se precisa a compreensão da experiência intersubjetiva tal como é vivida e experimentada por si (Finch, 2004; Watson, 2002b). Assim, sendo da responsabilidade do EEESIP “comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (E.1.1.2.) (Regulamento n. 422/2018 de 12 de julho, p.19193) e tendo como propósito o desenvolvimento de competências para a capacitação da gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório, entendi essencial o desenvolvimento desta competência para a construção do meu saber disciplinar e experiencial (Alarcão & Rua, 2005). Sendo este um objetivo transversal a todo o percurso de estágio, a forma como o concretizei, desenvolvendo simultaneamente as competências “E.1.1.2.” e “E.3.3.” (Regulamento n. 422/2018 de 12 de julho), estará espelhada ao longo deste relatório nos subcapítulos específicos de cada campo de estágio, bem como dos diferentes **Diários de Campo e Jornais de Aprendizagem** (Apêndices II, III, IV, V e VI).

É precisamente na continuidade deste objetivo específico, particularmente na resposta ao objetivo de desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pelo quadro de referência dos cuidados centrados na família, visando a capacitação da gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório, sendo ainda especificamente da competência do EEESIP “facilitar a comunicação expressiva de emoções” (E.3.4.1.) (Regulamento n. 422/2018 de 12 de julho, p.19194), que defini como objetivos específicos transversais a este percurso: - *promover a expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver e promover a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família*. Watson (2002a, 2002b) refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Também Morse, Bottorff, Anderson, O'brien e Solberg (2006) referem que o cuidar é a harmonia do afeto com a prática. Hochschild (1983) ao estudar as emoções e o seu estreito relacionamento com a ação trouxe para o conhecimento um novo conceito a que chamou de *emotional labour*, ou seja, trabalho emocional. Assim, é Smith (1992, 2009) quem integra este

conceito na prática dos cuidados de enfermagem, ao referir a capacidade do enfermeiro em gerir os seus sentimentos e conflitos internos, com fim a induzir a segurança e tranquilidade essenciais para o bem-estar e satisfação do cliente. Este trabalho emocional implica a mobilização de competências que mais do que inatas têm que ser aprendidas e trabalhadas (Smith, 1992, 2009). É na continuidade dos estudos de Smith (1992, 2009) que Diogo (2015, 2017) integra na prática de enfermagem pediátrica o conceito da dupla centralidade do trabalho emocional, ou seja, através de um processo de gestão emocional os enfermeiros procuram regular a disposição emocional para cuidar e, simultaneamente, promover um ambiente e contexto de cuidados mais seguro, tranquilo e afetuoso – um cuidado emocionalmente competente.

É assim que partindo do autoconhecimento e vontade de cuidar, e amar, e do pressuposto de que o cuidar só pode ser eficaz se assentar num processo interpessoal humanista - que fui evoluindo ao longo deste percurso - na compreensão e profundo respeito de que “a mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma” (Watson 2002b, p.89), podendo apenas ter acesso à mente, às emoções e ao eu interior de uma pessoa, desde que a respeite e compreenda no seu todo (Watson 2002b). A construção e desenvolvimento destes saberes, teve sempre por base as dimensões *major* do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015, 2017), permitindo assim, o desenvolvimento e concretização destes objetivos específicos que vieram em seu resultado estimular e promover o meu crescimento pessoal e profissional, e assim, a evolução do envolvimento genuíno e reflexo para o envolvimento terapêutico e empático, aprendido e profissional (Morse *et al.*, 2006). À semelhança do objetivo anterior, a forma como consegui desenvolvê-lo estará refletida ao longo dos subcapítulos específicos de cada campo de estágio, bem como dos diferentes **Diários de Campo e Jornais de Aprendizagem** (Apêndices II, III, IV, V e VI).

3.4. Atividades Específicas

3.4.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

De acordo com o Cronograma de Estágio (Apêndice I), o primeiro contexto da prática clínica deste percurso formativo foi a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Assim, foram definidos para este contexto da prática os seguintes objetivos específicos:

- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao recém-nascido e à família;
- Promover a vinculação com base na parceria de cuidados ao recém-nascido;
- Promover a capacitação da família para os cuidados de saúde e segurança do recém-nascido;

A parentalidade é um processo social e cognitivo que mais do que intuitivo é aprendido (Mercer, 2004, 2007). A construção da parentalidade desenvolve-se num processo de integração da responsabilidade do exercício efetivo do papel, de otimização do crescimento e do desenvolvimento do recém-nascido, de integração na família e de correspondência com os comportamentos esperados (International Council of Nurses (ICN), 2011). A vinculação, elemento-chave na construção da parentalidade, representa um processo de proximidade e compromisso, de expressão recíproca da criação de laços afetivos, e de desenvolvimento de ligações emocionais entre o recém-nascido e a família, particularmente a mãe. Esta reciprocidade caracteriza-se segundo Brazelton e Greenspan (2002) pela interação entre ciclos de atenção-desatenção, numa cumplicidade e correção entre a mãe e o recém-nascido, que fluem numa construção progressivamente mais simétrica e menos unilateral. Assim, o desenvolvimento da vinculação é o pilar do saudável e harmonioso desenvolvimento do recém-nascido (Brazelton, 1988; Brazelton & Greenspan, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014). Habitualmente, antecedem o nascimento um conjunto de experiências, aprendizagens, desejos e fantasias que definem e desenharam os contornos de uma imagem idealmente construída pelos pais durante a preparação para o nascimento do seu filho. Contudo, é precisamente o nascimento que numa rutura entre o esperado e o vivido, vem colidir com esta criação (Brazelton, 1988; Brazelton & Greenspan, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014).

O nascimento de um recém-nascido prematuro representa para os pais o agravamento desta crise emocional que num turbilhão de pensamentos,

emoções e sentimentos profundamente confusos e exaustivos, condicionam e complicam a harmonização vinculativa e o desenvolvimento das competências parentais (Vilelas, 2013; Vilelas, Campos, Toledo & Fernandes, 2014). Assim, o internamento na UCIN implica, habitualmente, o recurso a um conjunto de intervenções, tecnologia e equipamentos que vêm no seu conjunto desviar a construção ideológica parental para uma realidade médica e hospitalar, profundamente ansiogénica, potencializadora do sentimento de incapacidade em cuidar do seu filho, e, simultaneamente, condicionante e inibidora da vinculação (Vilelas *et al.*, 2014). A intersubjetividade experimentada pelos pais, neste contexto profundamente adverso e ansiogénico, representa em seu resultado um risco acrescido ao harmonioso desenvolvimento do recém-nascido (Brazelton, 1988; Hockenberry & Wilson, 2014; Vilelas *et al.*, 2014).

Foi particularmente importante ter começado o percurso do meu estágio pela UCIN, na medida em que, face à minha experiência profissional senti a necessidade de desenvolver competências na área da prestação de cuidados ao recém-nascido, sendo este o contexto por excelência para a concretização dos objetivos – *promoção da vinculação com base na parceria de cuidados ao recém-nascido e promoção da capacitação da família para os cuidados de saúde e segurança do recém-nascido*. Assim, durante este estágio tive oportunidade de **prestar cuidados a recém-nascidos com diferentes problemas de saúde e em diferentes etapas evolutivas do seu processo de saúde-doença**. A minha experiência profissional foi, neste sentido, muito facilitadora da adaptação técnica a este contexto específico. Contudo, a especificidade e a exigência dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e sua família, implicaram a minha apropriação do conhecimento científico (Carper, 1978) através da profunda **pesquisa bibliográfica**, da leitura dos guias elaborados pelo serviço e da reflexão conjunta com a minha enfermeira orientadora.

A promoção de um ambiente tranquilo, seguro e afetuoso (Diogo, 2015, 2017), é particularmente importante na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido de alto risco. A redução da luminosidade e da sonoridade, acrescida pelo recurso à música suave e calma, representam algumas das **estratégias que mobilizei com o propósito da promoção de um ambiente seguro, tranquilo e pouco estimulante** (Hockenberry & Wilson, 2014). Em sua continuidade, num esforço conjunto e multidisciplinar, todas as **intervenções e**

cuidados foram antecipadamente programados no sentido da redução das manipulações e estímulos, conduzidos sob a forma de gestos cuidados, movimentos ligeiros e toques suaves que **nutrindo os cuidados com afeto promovem um ambiente seguro e afetivo** (Diogo, 2015, 2017) (E.2.2.).

O internamento prolongado que caracteriza a hospitalização do recém-nascido de alto risco, é um fator agravante da sua vulnerabilidade e fragilidade, representando a manutenção da integridade cutânea e a promoção do conforto e bem-estar; um foco e preocupação permanentes dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, **promovi a prestação de cuidados de higiene e conforto** com recurso à presença, ao toque e à participação dos pais, à massagem terapêutica, à alternância regular entre os diferentes decúbitos com recurso aos diversos dispositivos auxiliares de posicionamento, promovendo ainda a manutenção da temperatura corporal com recurso aos dispositivos de aquecimento (E.2.2.). Quanto às fontes externas de conforto e bem-estar, **privilegiei sempre as fontes afetivas**, o contacto e a interação com os pais, promovendo o colo e o contacto pele a pele (Brazelton & Greenspan, 2002) (E.3.2.).

A especificidade cirúrgica que caracteriza esta UCIN, possibilitou-me **cuidar de recém-nascidos cujo processo de saúde-doença que experimentavam implicava uma complexidade altamente especializada de cuidados de enfermagem**. Entre outros, prestei cuidados de enfermagem ao recém-nascido com necessidade de suporte para a manutenção da via aérea e suporte para a alimentação, ou para a eliminação intestinal (Hockenberry & Wilson, 2014). O desenvolvimento destas competências técnicas teve em conta um profundo respeito pelo bem-estar e conforto do recém-nascido, **promovendo para isso a presença e participação parental, bem como o recurso a diferentes estratégias não farmacológicas para promoção do conforto e alívio da dor**, de que servem exemplo a administração oral de sacarose a 24%, o recurso à sucção não nutritiva, o embalo ou a massagem (Hockenberry & Wilson, 2014; National Child Stress Network (NCSN), 2004; OE, 2013) (E.2.1., E.2.2., E.3.2.).

Esta apropriação dos saberes disciplinares e experienciais foi muito importante para concretizar os objetivos de – *promoção da capacitação da gestão emocional da criança ou jovem e família*, e, simultaneamente, para a *promoção da vinculação com base na parceria de cuidados ao recém-nascido e*

promoção da capacitação da família para os cuidados de saúde e segurança do recém-nascido. Tal como Vilelas *et al.*, (2014) referem, a complexidade global deste processo de saúde-doença pode ser uma oportunidade para a construção e desenvolvimento das competências parentais, promovendo em seu resultado a evolução harmoniosa da vinculação. Foi precisamente da minha ligação emocional com os pais do Francisco e do André (nomes fictícios), experiências partilhadas num **Jornal de Aprendizagem** (Apêndice II), acrescida pela sensibilidade vigilante já desenvolvida (Diogo, 2015, 2017), que o *insight* me permitiu vir a compreender na globalidade e unicidade intersubjetiva (Watson, 2002b) a forma como os pais experimentavam a evolução do processo de saúde-doença. Neste sentido, a promoção de um ambiente seguro e afetuoso, expresso não só através da comunicação, do afeto, da privacidade e segurança, mas também através da ressonância afetiva e empatia emocional (Diogo 2015, 2017), foram essenciais para permitir a construção da estabilidade na relação e, desta forma, facilitar e promover a expressão das emoções e sentimentos. Foi, precisamente, a partir desta confiança e estabilidade na relação, com base na abertura emocional e na partilha do *Self* (Diogo, 2015, 2017), que foi possível quebrar aquela barreira tão importante e incapacitante para os pais do Francisco. Assim, sendo a fonte de suporte e da partilha de informação (Mercer, 2004, 2007), consegui no seio de uma verdadeira parceria de cuidados (Casey, 1993, 1995), capacitar os pais para estes cuidados técnicos, desmistificando os seus receios, reforçando a sua confiança e, efetivamente, promovendo a plenitude da vinculação (Vilelas *et al.*, 2014). Da mesma forma, relativamente à experiência com o André, foi do respeito pelo cuidar enquanto “*estar com*” (Kérrouac *et al.*, 1994), da empatia emocional e da dádiva de afeto que foi possível suportar e promover a partilha de informação relativamente à experiência da colocação do *pacemaker*, e, dessa forma, promover a capacitação para a gestão emocional dos pais naquela experiência que lhes era profundamente ansiogénica (Diogo, 2015, 2017). Através da elaboração de **Jornais de Aprendizagem** (Apêndice II), refleti sob a forma como **promovi a vinculação, tendo como base a capacitação da gestão emocional e a participação parental nos cuidados (A.2.1., B.3.1., E.1.1., E.2.1., E.2.2., E.2.3., E.3.2., E.3.3.)**.

3.4.2 Serviço de Urgência Pediátrica

Dando continuidade ao planeamento definido no Cronograma de Estágio (Apêndice I), o segundo contexto em que realizei o estágio no decorrer do meu percurso formativo foi o Serviço de Urgência Pediátrico (SUP). Foram assim definidos os seguintes objetivos específicos:

- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados urgentes/emergentes à criança ou jovem e à família;
- Identificar as estratégias e fontes de suporte da criança ou jovem e família para a sua gestão emocional;
- Promover o reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família;
- Promover a capacitação da criança ou jovem e família para os comportamentos promotores de saúde;

O contacto com a realidade hospitalar, é uma experiência profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e família (Diogo, 2015, 2017). O medo e a ansiedade, são o espelho emocional dos clientes que contactam com um ambiente que lhe é pouco familiar, e, que se caracteriza pela rutura com as atividades quotidianas e pelo contacto com uma multiplicidade de profissionais, de sons e equipamentos estranhos (Diogo, 2015, 2017). No contexto de um SUP, o contacto com esta realidade hospitalar é ainda mais potencializador destes stressores, representando o ambiente agitado, as experiências anteriores, a dúvida sobre a gravidade do diagnóstico, a incerteza sobre a necessidade de realização de diferentes procedimentos e o medo da dor; fatores específicos que tornam esta experiência ainda mais ansiogénica para a criança ou jovem e família (Diogo, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014; Jorge, 2004).

Durante este estágio, **colaborei com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados urgentes/emergentes à criança ou jovem e à família**, tendo colaborado sob forma da estreita articulação entre a observação participativa e a prestação de cuidados. Ao longo deste estágio, participei na prestação de cuidados em todos os postos, no ambulatório e no SO, contudo, importa referir que a sala de triagem foi o local mais rico do ponto de vista das vivências promotoras do meu desenvolvimento ao longo deste estágio.

A triagem, é o local onde a criança ou jovem e sua família estabelecem o primeiro contacto com a equipa de enfermagem, é no fundo o ponto de partida

desta parceria de cuidados. A prestação de cuidados, é especificamente aqui muito exigente do ponto de vista do conhecimento científico, uma vez que ao contrário das recomendações da DGS (2018), por motivo de condições logísticas e estruturais, a triagem neste SUP não era ainda realizada com base no sistema de Triagem de Manchester ou no *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*. Esta realidade, leva a que a realização da triagem fique assim, à exclusiva responsabilidade dos enfermeiros peritos (Benner, 2001), pelo que implicou da minha parte uma importante **pesquisa bibliográfica** para a apropriação deste saber específico (Benner, 2001; Carper, 1978). Mas porque o cuidar não pode ser indiferente às emoções (Watson, 2002b), porque implica estar emocionalmente aberto para o outro (Swanson, 1991, 1993), a prestação de cuidados na triagem é um desafio particular à competência, inteligência e maturação emocional dos enfermeiros (Goleman, 2012; Smith, 1992, 2009). O processo de saúde/doença experimentado, a deslocação, a espera, todas as dúvidas, incertezas e construções desenvolvidas no curso desta experiência, leva a que os clientes se apresentem particularmente ansiosos e vulneráveis. Neste sentido, o conhecimento do *Self*, a disponibilidade, a empatia emocional e a dupla centralidade do trabalho emocional, são pilares essenciais para um cuidar altruísta, facilitador da gestão emocional e do suporte na intersubjetividade desta experiência (Diogo 2015, 2017; Swanson, 1991, 1993; Vilelas, 2013; Watson, 2002b).

Tive assim oportunidade, de colaborar na prestação de cuidados, participando diretamente, ou sob observação participativa, **na colheita de dados e observação clínica**, no sentido do despiste dos problemas de saúde “mais comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança ou jovem” (OE, 2011, p.3); recorrendo como **suporte à avaliação da oximetria periférica, da frequência cardíaca, da tensão arterial, da temperatura timpânica**, entre outros (E.1.2., E.2.1.). Tal como Morse *et al.* (2006) referem, o cuidar é a harmonia do afeto com a prática, e, este foi sem dúvida, um espaço de eleição para concretizar o objetivo - *identificar e promover o reforço das estratégias e fontes de suporte da criança ou jovem e família para a sua gestão emocional*. Tendo em atenção, os diferentes estádios de desenvolvimento das crianças ou jovens, bem como, os medos específicos que os caracterizam, promovi o recurso a diferentes

estratégias para a promoção de um ambiente mais tranquilo e seguro, como a garantia da presença parental, a brincadeira, a distração com recurso a bolas de sabão e música, o brinquedo favorito, entre muitos outros (Diogo, 2015, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013; Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Por outro lado, a partilha de informação, a disponibilidade, a dádiva de afeto e a garantia da presença parental; são aqui particularmente importantes, não só para a criança ou jovem, como para a sua família. Os pais, experimentam um período de profunda ansiedade e desorganização, não estando muitas vezes seguros do curso desta experiência de saúde/doença, e, sentindo-se frequentemente incapazes de assumir a sua perícia em cuidar do seu filho; sentindo para isso a necessidade de apoio e suporte dos profissionais de saúde (Jorge, 2004) (**E.2.2., E.3.3.**).

Este foi também, um espaço de eleição para a concretização do objetivo - *promoção da capacitação da gestão emocional da criança ou jovem e família*. Destaco entre as diferentes vivências experimentadas, a de uma jovem adolescente, acompanhada pela sua mãe, que se apresentava tensa e com a face ruborizada, e que se dirigiu a uma enfermeira com um tom de voz frio e agressivo, referindo que era “(...) a terceira vez naquela semana que estava naquele serviço (...) que não estava para conversas com um enfermeiro (...) que exigia que chamassem um médico e tratassem da filha que tinha dores de cabeça muito fortes há duas semanas e ninguém fazia nada!!!”. A situação ficou mais tensa, com a enfermeira a centrar e pessoalizar em si, aquela crise experimentada pela mãe da jovem adolescente. A minha intervenção nesta situação, foi predominantemente de **gestão emocional reativa**, recorrendo à disponibilidade, à escuta ativa e à partilha de informação, tentando, simultaneamente, diferenciar a experiência presente das anteriores, fomentando desta forma, a sua esperança relativamente ao alívio do sofrimento da sua filha, bem como à recuperação do seu conforto e bem-estar (Diogo, 2015, 2017). A **promoção da gestão emocional** da mãe, foi também muito importante, uma vez que permitiu numa lógica de contágio emocional, tranquilizar a sua filha, permitindo assim construir a estabilidade na relação, facilitando e suportando não só esta experiência, como as experiências posteriores (Barros, 2003; Diogo, 2015, 2017; Jorge, 2004) (**A.2.2, B.3.1, D.1.2, E.2.2., E.3.3.**).

Marcaram este estágio, duas experiências que foram muito importantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A primeira, foi a experiência com a Maria (nome fictício), espelhada num **Jornal de Aprendizagem** (Apêndice III), pela forma como, por um lado, foi importante a segurança e o recurso à prática baseada na evidência, despistando e corrigindo um erro que permitiu estabilizar e reverter as suas convulsões tónico-clónicas (Hockenberry & Wilson, 2014). Por outro lado, pelo respeito pela família enquanto alvo do meu cuidar (OE, 2011), pela forma como a irmã da Maria a queria proteger, partilhando o seu ursinho, e o importante efeito tranquilizador que teve em si a partilha, o afeto e o amor, naquele momento de profunda crise vivida e experimentada por toda a família. Esta vivência, foi ainda muito importante, pela importância da apropriação da dupla centralidade do trabalho emocional no meu cuidar (Diogo, 2015, 2017; Smith, 1992, 2009). A forma como consegui gerir os meus sentimentos e as minhas emoções, foi muito importante, para que pudesse efetivamente despistar aquele erro, intervindo em conformidade com a *American Epilepsy Society Guideline: Treatment of Convulsive Status* (Glauser et al, 2016), e, com as Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (Carrilho & Monteiro, 2007). Mas, por outro lado, foi precisamente por esta consciência emocional, por acreditar que a ausência do afeto, se traduz na frieza da técnica e na negação do Cuidar (Collière, 2003), que achei tão importante o meu contributo junto da família, suportando e promovendo a sua gestão emocional (**A.1.3., A.2.2., B.3.1., D.1.1., D.1.2., E.2.1., E.2.2, E.2.4.**)

Por ultimo, o momento que partilhei com a mãe do Henrique (nome fictício), também espelhado num **Diário de Campo** (Apêndice III). A avaliação que estava a ser realizada no SUP, era uma expressão pura do tecnicismo biomédico. “A mente e as emoções da pessoa são a janela da sua alma” (Watson, 2002b, p.89), e, foi precisamente atendendo a este pressuposto, que partindo da minha sensibilidade vigilante (Diogo, 2015, 2017), consegui promover a expressão das suas emoções e sentimentos, e assim, compreender a fenomenologia na globalidade e intersubjetividade desta experiência. A sua complexidade, estava muito para lá daquela ida ao SUP, tendo promovido a sua gestão emocional, facilitando um conjunto de fontes, que serviram não só para capacitá-la para esta experiência, como para os comportamentos promotores de saúde, e para bom desenvolvimento do Henrique. Esta experiência partilhada foi

muito importante para concretizar o objetivo de – *promover a capacitação da criança ou jovem e família para os comportamentos promotores de saúde* (DGS, 2013) (**A.2.1., B.3.1, E.2.2., E.3.1, E.3.2**).

3.4.3. Cuidados de Saúde Primários

No seguimento do Cronograma de Estágio (Apêndice I), dei continuidade ao meu percurso formativo, com o estágio nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tendo definido os seguintes objetivos específicos:

- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento;
- Promover a capacitação da criança ou jovem e família para os comportamentos promotores de saúde;
- Promover o crescimento e desenvolvimento da criança ou jovem;
- Identificar as estratégias e fontes de suporte da criança ou jovem e família para a sua gestão emocional;
- Promover o reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família;

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), é responsável por alterações profundas e estruturais, no reforço da vigilância da saúde e bem-estar, da criança ou jovem e família (DGS, 2013). Sendo missão dos CSP, a prestação de cuidados de saúde promotores da maximização da saúde e bem-estar da criança ou jovem e família, a sua proximidade e a integração na comunidade são elementos chave para a implementação destas importantes alterações (Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), 2008). Esta reorganização e reforço das consultas de vigilância, visam assim, suportar a criança ou jovem e sua família, nas diferentes etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional; dando um especial enfoque, à prevenção das perturbações emocionais e do comportamento, bem como à sua deteção precoce e respetivo encaminhamento (DGS, 2013).

Ao longo do meu estágio, mantendo a harmoniosa articulação entre a observação participativa e a prestação de cuidados, **colaborei com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família, nas diversas idades e estádios de desenvolvimento**. No que diz respeito à

Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (CNSIJ), tive oportunidade de **monitorizar o seu crescimento e nutrição**, com base no registo dos dados antropométricos, **realizando a respetiva avaliação**, através do seu registo integrado com as curvas de crescimento da OMS (DGS, 2013) (**E.3.1.**). Apesar de na Unidade de Saúde Familiar (USF), a monitorização do desenvolvimento ser da responsabilidade da equipa médica, tive oportunidade de promover momentos de partilha da consulta de enfermagem com a consulta médica, realizando assim, com base na escala de desenvolvimento infantil de *Mary Sheridan*, **a avaliação do desenvolvimento de crianças ou jovens em diferentes estádios do seu desenvolvimento**, (DGS, 2013) (**E.3.1.**). Segundo Maia, Fernandes, Leite, Santos e Pereira (2016), existem barreiras e limitações importantes à avaliação do desenvolvimento psicomotor da criança, cuja sua justificação, se centra no domínio profissional, relativamente aos instrumentos de avaliação, bem como aos mecanismos de referenciação. Os momentos referidos de consultas partilhadas, foram muito importantes para que pudesse não só avaliar o desenvolvimento da criança ou jovem, mas particularmente, para partilhar informação junto da equipa sobre a importância do domínio deste instrumento de avaliação, tendo por base o seu cumprimento integral com base nos recursos recomendados (DGS, 2013) (**A.2.2., D.2.1, D.2.2., E.1.2, E.3.1.**).

Foi neste seguimento, que face ao momento de transição do modelo de prestação de cuidados, tal como referido na **Apresentação do Local de Estágio** (Apêndice IV); entendi ser importante **a realização de uma sessão direcionada à equipa de enfermagem sobre a temática do lactente com 3 meses**. Esta sessão, teve como objetivo partilhar junto da equipa, as especificidades do crescimento e desenvolvimento no lactente com 3 meses de idade, tendo em particular atenção a intervenção do enfermeiro no suporte, vigilância e avaliação do desenvolvimento (Apêndice IV). Esta sessão, foi muito importante pela partilha de informação junto da equipa, mas também, pela oportunidade da experiência com diferentes instrumentos de avaliação do desenvolvimento, e pela reflexão promovida em torno da importância do desenvolvimento emocional na criança (**A.2.2., D.2.1, D.2.2. E.1.2, E.3.1.**). A CSIJ, é um espaço de eleição para “a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil...” (OE, 2011, p.2). Assim, tive oportunidade na CSIJ,

de **prestar os cuidados antecipatórios, baseando a minha partilha de informação no suporte e promoção à parentalidade e aos comportamentos promotores de saúde**; sendo nesta medida, muito importante para a concretização dos objetivos – *promover a capacitação da criança ou jovem e família para os comportamentos promotores de saúde e promover o crescimento e desenvolvimento da criança ou jovem*. As temáticas a partilhar, foram devidamente adequadas aos diferentes estádios de desenvolvimento, incidindo assim a partilha de informação, sobre a importância e promoção da imunização, bem como pelo respeito pela cronologia definida no Programa Nacional de Vacinação (PNV), sobre o aleitamento materno, sobre a segurança e medidas para a prevenção de acidentes, sobre a alimentação adequada, sobre a importância da brincadeira e da realização de exercício físico, e, ainda, sobre a saúde oral. Os cuidados antecipatórios, foram sempre suportados e complementados, com a partilha de material recentemente desenvolvido pela equipa da USF e por diferentes publicações de organizações de referência, como OMS, ou a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (**E.1.1., E.2.4., E.3.1., E.3.2, E.3.3.**).

No âmbito da minha prestação de cuidados à criança ou jovem e família, tive ainda oportunidade de **promover a sua imunização**, através da partilha de informação e da administração das vacinas, cronologicamente preconizadas no PNV. A vacinação, é uma experiência perturbadora e emocionalmente negativa, para ambos a criança ou jovem e sua família (Sahebihag, Hosseinzadeh, Mohammadpourasl, & Kosha, 2011; Taddio *et al.* 2010, 2015). Contudo, tendo sempre por base o mais profundo respeito pela dignidade do cliente, promovi a partilha de informação, num propósito de suporte e capacitação para a tomada de decisão relativamente à sua imunização. Foram essenciais para a transformação positiva desta experiência perturbadora, a abertura à experiência emocional, estimulando a expressão das suas emoções e sentimentos, e promovendo a sua capacitação para a gestão emocional; suportada pela concretização dos objetivos de - *identificação e promoção do reforço das estratégias e fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família* (Barros, 2003; Diogo, 2015, 2017). A imunização da criança ou jovem, teve sempre por base, a promoção do conforto e bem-estar da criança ou jovem e família. Assim, assegurei a presença e participação parental, e,

complementei a minha prática, com o recurso às diferentes estratégias não farmacológicas de controlo da dor, servindo como exemplo, o recurso à amamentação nos lactentes, ou o recurso à distração e ao brinquedo institucional no pré-escolar (Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013; Sahebihag *et al.*, 2011; Taddio *et al.* 2010, 2015) (**A.1.1, A.2.1., E.2.2., E.2.4, E.3.1, E.3.2, E.3.3.**).

Tal como referido anteriormente, o PNSIJ é muito objetivo, no propósito de suporte ao desenvolvimento da criança ou jovem, bem como no novo enfoque dado às questões relacionadas com o desenvolvimento emocional e prevenção das perturbações emocionais e do comportamento (DGS, 2013). Estas orientações, vão precisamente ao encontro da influencia interdependente entre a dimensão emocional e o desenvolvimento da criança ou jovem. Numa lógica em que “... a natureza e a afetividade interagem entre si de forma imperceptível, num dueto que acompanha o desenvolvimento.” (Brazelton & Greenspan, 2002, p. 22), Brazelton e Greenspan (2002) edificam “as relações emocionais afetivas como as bases primárias mais importantes para o desenvolvimento intelectual e social” (p. 28). Foi assim, com base no meu profundo respeito, pelo cuidar emocionalmente aberto para o outro (Swanson, 1991, 1993), assente num processo interpessoal humanista, que entendi a CSIJ, como um espeço privilegiado para a concretização dos objetivos de – *desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; promover a expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver; e promover a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família.*

O meu estágio, foi assim muito rico do ponto de vista das vivências emocionais, e da forma como a abertura à experiência emocional é tão importante no cuidar, na construção da estabilidade da relação, na capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família, e no suporte da parentalidade (Brazelton, 1988; Brazelton & Greenspan, 2002; Diogo, 2015, 2017; Mercer, 2003, 2007). Destaco assim, do estágio na USF, a vivência partilhada com a Ana e sua mãe (nome fictício), descrita num **Diário de Campo** (Apêndice IV). A minha disponibilidade e sensibilidade vigilantes, para suportar a crise emocional experimentada pela mãe da Ana, foram muito importantes para

que, com base na empatia emocional, pudesse não só contribuir para a sua gestão emocional, como para construir a estabilidade da relação (Diogo, 2015, 2017). A sua gestão emocional e confiança estabelecidas, foram elementos chave, para suportar e facilitar a sua confiança parental, culminando esta experiência, com a administração das vacinas com recurso à amamentação; numa vivência profundamente promotora da vinculação, e, conseqüentemente, da maximização do desenvolvimento da Ana (Brazelton, 2003; Brazelton & Greenspan, 2002) **(E.1.1., E.1.2., E.2.4, E.3.1., E.3.2., E.3.3)**

No decorrer deste estágio, tive ainda oportunidade de **assistir à Conferência Internacional: “ADDRESSING AND SUPPORTING FAMILY AND CHILD WELLBEING, 15 years of Touchpoints in Portugal”**, organizada pela Fundação Brazelton/Gomes-Pedro (Anexo I). Foi muito importante, ter tido a oportunidade de assistir a esta conferência e experimentar esta partilha de saberes. Começando por jovens crianças com cerca 7 anos que introduziam esta conferência partilhando o que entendiam por emoções, destaco a comunicação do Professor Doutor Joshua Sparrow, que partilhou conceitos e temáticas tão importantes como a simbiose interdependente, entre a disponibilidade emocional e a vinculação, ou, como a complexidade fenomenológica do desenvolvimento e a conseqüente necessidade de suporte e capacitação ao desenvolvimento de competências adaptativas, focalizadas na criança e na sua individualidade. Durante esta conferência, houve ainda oportunidade para a partilha de diversas temáticas relacionadas com o suporte à vinculação, com recurso à *Neonatal Behavior Assessment Scale*, com a investigação sobre o impacto do modelo dos *Touchpoints* em diferentes contextos da prática clínica, entre outros.

Por último, no decorrer deste estágio tive ainda oportunidade de **apresentar no II Congresso da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros: “(Re) Construir o Caminho da Enfermagem”, a Comunicação Livre: “Intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório: Protocolo de uma revisão *scoping*”** (Apêndice IV). Este foi um espaço de reflexão partilhada sobre o futuro da enfermagem nos diversos contextos da prática clínica. Tive aqui oportunidade de partilhar um momento de reflexão, direccionada a uma comunidade geral de enfermeiros e estudantes, relativamente à pesquisa realizada sobre a importância da gestão emocional da criança ou jovem no perioperatório,

especificamente sobre as intervenções de enfermagem facilitadoras e de suporte à sua gestão emocional.

3.4.4. Internamento de Pediatria

Dando continuidade à evolução do meu percurso formativo, e em consonância com o Cronograma de Estágio (Apêndice I), emerge o estágio num internamento de pediatria, o qual realizei num serviço de Cardiologia Pediátrica (CP). Para este estágio, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento;
- Promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de coping relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório;
- Identificar as estratégias e fontes de suporte da criança ou jovem e família para a sua gestão emocional;
- Promover o reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família.

As 4 semanas de estágio na CP, promoveram um conjunto de experiências e partilhas muito ricas nesta evolução do meu percurso formativo. Desde recém-nascidos, que em resultado de um problema de saúde não diagnosticado, tinham sido internados logo após o seu nascimento, passando por crianças pré-escolares, internadas no curso do seu processo de saúde-doença para a realização de diferentes exames ou cirurgias, ou por jovens escolares, que recorriam em ambulatório ao serviço para a vigilância do seu processo de saúde-doença, até ao internamento de um adolescente cujo agravamento do seu problema de saúde levou à necessidade urgente da sua hospitalização; este estágio proporcionou-me múltiplas e frutuosas oportunidades, de ativamente **colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento**. Tal como descrito ao longo das diferentes experiências partilhadas na **Análise das práticas de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica**, bem como no **Diário de Campo** (Apêndice V), no meu

mais profundo respeito e defesa pela dignidade do cliente, facilitei **suporte à criança, jovem e família** ao longo da sua experiência de hospitalização, **promovendo assim a sua participação**, devidamente suportada pela partilha de informação e respetiva tomada de decisão partilhada e informada (Hockenberry & Wilson, 2014; IPFCC, 2017) **(A.2.1., B.2., B.3.1., D.1., E.1., E.2., E.3.)**.

A experiência de hospitalização, é profundamente ansiogénica para a criança, jovem e família, caracterizando-se pela rutura com as rotinas quotidianas e do ambiente, sendo especificamente, a experiência com a cirurgia, ainda agravada pelo medo da dor, de não acordar da anestesia e pela hostilidade do ambiente cirúrgico (Capurso & Ragni, 2016; Diogo, 2015, 2017; Wei *et al.*, 2016). Acresce ainda a esta experiência, um conflito emocional intenso nas mães, cujo problema de saúde dos seus filhos está associado à realização de uma cirurgia cardíaca. A sua responsabilização, culpabilizando-se a si e aos seus comportamentos por este problema de saúde, intensificam toda esta fenomenologia ansiogénica, que fundamenta esta crise emocional profundamente negativa e perturbadora para a criança, jovem e sua família (Capurso & Ragni, 2016; Diogo, 2015, 2017; Harvey, Kovalsky, Woods, Loan, 2013; Wei *et al.*, 2016). É assim, que partindo da abertura à experiência emocional, assente numa relação parceira na intersubjetividade da experiência de saúde-doença (Watson, 2002a), concretizei o objetivo de - *promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de coping relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório*. Neste sentido, foi muito importante o recurso e mobilização das diferentes categorias do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, que se revela, a par das conceções orientadoras do cuidar em pediatria, um pilar para a transformação positiva desta experiência de hospitalização (Diogo 2015, 2017) **(E.2.2., E.2.4., E.2.5., E.3.)**. À semelhança das experiências partilhadas, na **Análise das práticas de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica**, bem como no **Diário de Campo** (Apêndice V), tive oportunidade de **promover vários momentos de preparação cirúrgica da criança, jovem e família**. A prevenção pré-operatória da ansiedade na criança e no jovem, é muito importante para a regulação emocional perioperatória e para

a prevenção de *outcomes* negativos pós-cirúrgicos; pelo que mobilizei diferentes estratégias da gestão emocional antecipatória, com fim a prevenir esta disrupção e crise emocional, promovendo consequentemente, o bem-estar e segurança da criança, jovem e família (Diogo, 2015, 2017; Panella, 2016).

Foi precisamente, pela importância da preparação cirúrgica, na intersubjetividade experimentada pelas crianças, jovens e famílias, no perioperatório, que integrei, de acordo com o Cronograma de Estágio (Apêndice I), a **observação do programa de percurso cirúrgico pediátrico ambulatorio**, que decorre noutro hospital do distrito de Lisboa. Tive assim a oportunidade, de em dois dias diferentes, observar a realização de consultas de enfermagem de preparação cirúrgica da criança, jovem e família, e no dia seguinte, de observar a forma como estava organizada a dinâmica deste percurso. Assim, no que diz respeito à consulta de enfermagem à criança ou jovem e família, tive a possibilidade de partilhar diferentes experiências, em que a preparação cirúrgica fluiu em perfeita sintonia com as recomendações da OE (OE, 2010). Assumindo um explícito propósito de gestão emocional antecipatória, a enfermeira mobilizou simultaneamente as diferentes categorias do TEEP (Diogo, 2015, 2017), para a par com o recurso às diferentes estratégias adequadas ao estágio de desenvolvimento, promover o suporte e a partilha de informação, relativamente à experiência anestésico-cirúrgica e à sensorial previstas (Chorney & Kain, 2010; Panella, 2016; Teixeira & Figueiredo, 2009). Foi muito importante, poder observar a forma como todo este percurso está organizado ao longo de um *continuum*, todo ele centrado na criança, jovem e família, e orientado para a harmonização e promoção do seu bem-estar; tendo sido particularmente importante para a concretização do objetivo de - *identificar as intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e família que visam a promoção dos cuidados centrados na família*. O respeito pela presença e participação parental, a privacidade, todo o afeto partilhado, os vídeos e brinquedos; são breves apontamentos, presentes desde o momento em que entram para a consulta, até ao momento em que têm alta hospitalar, e que refletem o mais profundo respeito pela dignidade, altruísmo, amor e vontade em cuidar destas crianças.

Este estágio, foi assim muito importante, para que agora na CP, tenha **promovido diversas experiências de preparação cirúrgica da criança, jovem e família**. Tal como descrito na **Análise da prática de cuidados à luz**

do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, bem como no **Diário de Campo** (Apêndice V), mobilizei diferentes recursos e estratégias devidamente adequadas ao estágio de desenvolvimento, para promover a partilha de informação adequada relativamente à experiência anestésico-cirúrgica e à experiência sensorial (Chorney & Kain, 2010; Panella, 2016; Teixeira & Figueiredo, 2009). Estes momentos, foram oportunidades únicas de abertura à experiência emocional, permitindo, com base na dupla centralidade do TEEP (Diogo, 2015, 2017), concretizar os objetivos de - *promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de coping relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório; identificar e promover o reforço das estratégias e fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família* (A.2.1., B.2., B.3.1., D.1., E.2.1., E.2.2E.2.5., E.3.3., E.3.4.).

Importa ainda, no âmbito da realização do estágio na CP, referir que durante a sua evolução pude observar, partilhar e intervir em diferentes experiências relacionadas com os cuidados de enfermagem prestados à criança ou jovem com necessidade de cateterização venosa periférica. Fui interveniente e testemunha da forma sensível, humana, respeitadora e perita em como os enfermeiros da CP, mobilizam diferentes estratégias e recursos no sentido da promoção do conforto nestas experiências. Numa combinação personalizada de estratégias de gestão emocional antecipatória e reativa (Diogo, 2015, 2017), devidamente articuladas com as estratégias não farmacológicas adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança ou jovem (OE, 2013), os enfermeiros mobilizam toda a sua perícia no sentido da maior promoção da harmonia e bem-estar da criança ou jovem. Contudo, baseada num procedimento multisectorial do hospital em que realizei o estágio, a rotina perioperatória não permite que este dispositivo intravascular seja mantido até à cirurgia. Assim, para servir de base de proposta a uma reflexão multidisciplinar e multisectorial, desenvolvi o **“Protocolo Multisectorial – Prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem submetido a cirurgia cardíaca para a cateterização e manutenção do dispositivo intravascular”** (Apêndice V). Esta atividade não se esgotou neste estágio, estando a reflexão e discussão centradas

predominantemente no estágio que fiz no BO deste hospital (A.2., B.2., B.3., C.1.2., C.2.1., D.2., E.2.2.).

Por fim, a **apresentação da comunicação livre na XVII Reunião Conjunta entre a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiorádica e Vascular e a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia a 24 e 25 de Novembro de 2017: “Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol”** (Antunes & Diogo, 2017) (Apêndice V). Foi muito importante ter realizado esta comunicação, no sentido em que pude partilhar esta temática junto dos diferentes atores que compõe a globalidade da equipa cirúrgica num bloco operatório de cirurgia cardiorádica. Foi assim no meio de apresentações profundamente tecnicistas, exclusivamente centradas na medicina moderna, que pude promover a discussão e reflexão em torno da importância dos cuidados centrados na família e das intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional na criança ou jovem e família. Ao longo do período de discussão, foi muito interessante ver a forma como foi globalmente partilhada, a importância de recentrar a prestação de cuidados no no respeito pelo cliente e na promoção do seu bem-estar.

3.4.5. Bloco Operatório de Cirurgia Cardiorádica

É assim, na continuidade deste percurso, e de acordo com o meu Cronograma de Estágio (Apêndice I), que concluo o meu percurso formativo com a realização do estágio no meu contexto da prática clínica, um BO de cirurgia cardiorádica. Foram assim definidos os seguintes objetivos específicos:

- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento;
- Promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de coping relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório;
- Identificar as estratégias e fontes de suporte da criança ou jovem e família para a sua gestão emocional;

- Promover o reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família.

Ao longo de quatro semanas, pude **colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento**. Neste BO, a par das recomendações e boas práticas definidas pela AESOP (AESOP, 2006), os enfermeiros assumem em rotatividade todas as funções perioperatórias, pelo que ao longo do estágio tive diversas oportunidades de **prestar cuidados enquanto enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista (E.2.1., E.2.2., E.3.3.)**. Sendo este BO o contexto da prática clínica onde presto cuidados há cerca de 12 anos, ao longo dos quais fui desenvolvendo a minha perícia enquanto enfermeiro perioperatório, consegui no decorrer destas 4 semanas mobilizar particularmente a minha prestação de cuidados no sentido da concretização do objetivo geral de - *desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pelo quadro de referência dos cuidados centrados na família, visando a capacitação da gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório*, dando aqui particular atenção à **partilha e promoção de momentos de reflexão junto da equipa de enfermagem(A.1., A.2., B.2., B.3.1, C.1., C.2.1., D.1, D.2, E.2.2., E.2.5., E.3.3.)**.

Assim, comecei o estágio pela **realização de uma sessão de *Journal Club*** (Apêndice VI). Esta sessão teve como propósito combinar num momento único, a apresentação dos objetivos a que me propunha, a promoção de um momento conjunto de análise das práticas à luz de dois artigos sugeridos, terminando a pedido da equipa com a apresentação da comunicação livre que realizei no Congresso da OE (Apêndice IV). Em resultado desta sessão de *Journal Club*, importa referir em primeiro lugar, a surpresa partilhada pela equipa no que diz respeito ao sentimento de culpa, dominante nos pais das crianças e jovens submetidas a uma cirurgia cardíaca. Alguns elementos referiram como sentimentos previsíveis a tristeza, o medo e a ansiedade, ficando incomodados com esta montanha russa de emoções, particularmente, com o angustiante sofrimento, descrito como impotência na entrega do seu filho (Wei *et al.*, 2016). Do ponto de vista dos cuidados centrados na família no perioperatório, foi importante para a equipa, ver reconhecido o esforço impar que de forma resiliente mantêm, ao assegurar a comunicação com a família durante o período

intraoperatório. Foi apontada pela equipa, a forma inadequada como intervenções tão importantes para a gestão emocional do cliente pediátrico, foram abandonadas da prática diária desta equipa, destacando nesse sentido a realização da Visita Pré-operatória (VPO). Por último, alvo de maior controvérsia, a proibição da presença parental no BO, foi referida pela equipa como profundamente inadequada, sendo apontada por diferentes elementos da equipa, o seu mais profundo constrangimento em ter que assistir e coagir com esta prática (Chorney & Kain, 2010).

Tive assim, na continuidade da sessão de *Journal Club*, oportunidade de em primeiro lugar, **promover a realização da VPO a todas as crianças, jovens e suas famílias, submetidos a um procedimento cirúrgico no decorrer do meu estágio**, devolvendo ao longo destas 4 semanas, esta prestação de cuidados à prática da equipa de enfermagem. A VPO, sendo uma verdadeira expressão da humanização dos cuidados perioperatórios, num honesto reconhecimento da vulnerabilidade e respeito pela dignidade e individualidade do cliente, representa o primeiro contacto entre o enfermeiro perioperatório e o cliente pediátrico; sendo nesta medida um momento de eleição para de forma precoce, promover a construção da estabilidade na relação (AESOP, 2006; Diogo, 2015, 2017). Segundo Atkinson (citado por AESOP, 2006), a VPO “é a base para planificar uma ajuda individualizada” (p.122), combinando a individualização do planeamento da prestação de cuidados, com a promoção do cuidar humano e digno, de suporte à intersubjetividade experimentada pelos clientes, no decorrer da evolução dos seus processos de saúde-doença. Sendo a experiência de hospitalização no período perioperatório, profundamente ansiogénica para a criança, jovem e sua família, a preparação psicológica e o suporte emocional, com base em diferentes estratégias e metodologias de realização da preparação cirúrgica; é essencial para a aprendizagem de diferentes estratégias de *coping*, para a capacitação para a sua gestão emocional, e para a harmonização desta experiência de hospitalização (Aranha et al., 2017; AESOP, 2006; Diogo, 2015, 2017; Panella, 2016; Rasti-Emad-Abadi et al., 2017).

A experiência partilhada com a Carolina (nome fictício), devidamente relatada na **Análise das práticas de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica** (Apêndice VI), a par de outras como a

previamente partilhada com o Gonçalo (nome fictício), descrita num **Diário de Campo** (Apêndice V), são reflexo da forma como promovi ao longo deste estágio, a realização da VPO à criança ou jovem e sua família nos diversos estádios de desenvolvimento, concretizando desta forma os objetivos de - *promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de coping relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório; desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; identificar e promover o reforço das estratégias e fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família.*

Assim, a VPO foi planeada de acordo com as recomendações e a disponibilidade organizacional, levando a que esta fosse realizada preferencialmente no dia anterior à cirurgia, estando já a criança ou jovem e a sua família, devidamente internados na CP (Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2010; Pimentel, 2001; Teixeira & Figueiredo, 2009). Tendo promovido a partilha destes momentos com diferentes elementos da equipa de enfermagem, a realização da VPO, partiu sempre da **promoção do ambiente seguro e tranquilo**, assegurando assim o respeito pela privacidade do cliente, bem como a sua disponibilidade e consentimento para este momento de partilha de informação, promoção da aprendizagem de estratégias de *coping* e, simultaneamente, de abertura à experiência emocional e de construção da estabilidade da relação (AESOP, 2006; Diogo, 2015, 2017; IPFCC, 2017). Não existindo no serviço materiais psico-educativos específicos de suporte à preparação cirúrgica do cliente pediátrico, como livros, brinquedos, vídeos, entre outros, privilegiei a **partilha de informação, o contacto precoce e a familiarização com a experiência anestésico-cirúrgica e sensorial programada, devidamente adequados à idade e ao estágio de desenvolvimento** (Aranha et al., 2017; Capurso & Ragni, 2016; Diogo, 2015, 2017; Kassai et al., 2016; Liguori et al., 2016; OE, 2010; Panella, 2016; Rasti-Emad-Abadi et al., 2017). A VPO, é ainda um espaço privilegiado para a abertura à experiência emocional, pelo que numa harmoniosa dinâmica entre as diferentes categorias do TEEP, tive oportunidade de concretizar os objetivos de – *promover a expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da*

família relativamente à experiência que estão a viver, promovendo a sua capacitação para a gestão emocional. (Diogo, 2015, 2017) (**A.2, B.2, B.3., C.1., D.1, D.2, E.2.1., E.2.2., E.2.3., E.2.5., E.3.3., E.3.4.**).

No que diz respeito ao período intraoperatório, a minha prestação de cuidados, foi essencialmente direcionada para a **promoção de um ambiente seguro e tranquilo, promovendo simultaneamente a familiarização da criança ou jovem com o ambiente do BO**; assegurando neste sentido, a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem entre os responsáveis pela realização da VPO. Assim, ao longo deste estágio, pude **promover vários momentos informais de partilha e reflexão sobre a importância do TEEP no ambiente intraoperatório**, promovendo desta forma, a organização da equipa, no sentido da promoção de um ambiente seguro e afetuoso, caracterizado pela dádiva de afeto e carinho partilhados num ambiente tranquilo e pouco estimulante, essenciais para o bem-estar da criança ou jovem. Tendo realizado a VPO, foi ainda possível **reforçar as fontes de suporte individuais da criança ou jovem para a sua gestão emocional**, tendo neste sentido recorrido aos diferentes recursos identificados (Diogo, 2015, 2017; Liguori *et al.*, 2016; Panella, 2016) (**D.1, D.2, E.2.2., E.2.5., E.3.3., E.3.4.**).

No que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico no período intraoperatório, numa explícita expressão do seu mais profundo respeito pelas conceções orientadoras do cuidar em pediatria, a equipa de enfermagem perioperatória é responsável pela comunicação durante o período intraoperatório com a família da criança ou jovem submetida a uma cirurgia neste BO. A compreensão da fenomenologia global desta crise emocional, a par do reconhecimento pelos importantes benefícios da comunicação com os familiares durante este período, fundamentou a vontade de otimização organizacional deste programa de comunicação (Hanson-Heath *et al.*, 2016; Micheli *et al.*, 2010; Stefan, K., 2010). Assim, **promovi a reorganização e sistematização multidisciplinar da comunicação durante o período intraoperatório**, assegurando agora a comunicação com a família, aquando da entrada no BO, após a indução anestésica, de duas em duas horas, no final do procedimento e ainda, aquando da transferência para a UCI (Hanson-Heath *et al.*, 2016) (**A.2., B.2., B.3., C.1.2., C.2.1., D.2., E.3.3.**).

No que diz respeito ao meu estágio, tal como descrito no Cronograma de Estágio (Apêndice I), tive também oportunidade de durante uma semana **observar uma consulta de preparação cirúrgica** direcionada ao cliente pediátrico num Centro Hospitalar do distrito de Lisboa. Pude assim ao longo desta semana, **observar a realização de consultas de enfermagem de preparação cirúrgica da criança, jovem e família nos diversos estádios de desenvolvimento.** À semelhança da experiência partilhada durante a observação do percurso ambulatorio que decorreu no estágio anterior, também aqui a preparação cirúrgica teve sempre como referencial as recomendações e orientações da OE (OE, 2010). Nesta consulta, pude observar a realização da preparação cirúrgica por parte dos diferentes elementos da equipa de enfermagem, permitindo-me assim compreender, a forma transversal como a consulta está organizada para a partilha de informação e promoção da gestão emocional antecipatória do cliente pediátrico (Diogo, 2015, 2017; Panella, 2016)

Ainda no âmbito do presente estágio, relativamente ao **“Protocolo Multisectorial – Prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem submetido a cirurgia cardíaca para a cateterização e manutenção do dispositivo intravascular”** (Apêndice V), tive oportunidade de promover a reflexão e discussão deste documento junto da equipa de enfermagem da CP, do BO, bem como do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e das direcções clínicas dos serviços de Anestesiologia, de Cirurgia Cardiotorácica e ainda de CP. Neste sentido, importa referir que até ao momento da conclusão do presente relatório, e apesar da importante e frutuosa reflexão e discussão, não foi ainda possível reunir o consenso necessário à implementação deste protocolo (A.2., B.2., B.3., C.1.2., C.2.1., D.2., E.2.2.).

Por último, terminei o meu estágio com a apresentação no **XVIII Congresso Nacional da AESOP “HOT POINTS NO BLOCO OPERATÓRIO”:** **“Intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório: protocolo de uma revisão *scoping*”** (Apêndice VI). Foi particularmente importante ter realizado esta apresentação neste congresso, uma vez que um dos tópicos em acesa discussão, foi a presença parental junto da criança ou do jovem até ao momento da indução anestésica. A discussão foi intensa entre elementos do Colégio da Especialidade

de Anestesiologia e de Pediatria da Ordem dos Médicos, e a comunidade de enfermagem perioperatória presente nesse painel. Tive aqui uma oportunidade ímpar, de intervir nesta discussão, em defesa dos mais básicos e essenciais direitos do cliente pediátrico, e no mais profundo respeito pelas concepções orientadoras do cuidar de enfermagem em pediatria.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da minha carreira profissional, tenho vivido constantes desafios pessoais e profissionais que decorrem da minha formação, e daquela que é a conceptualização da enfermagem tal como a aprendi, humanista e holista. Lawler (citado por Diogo, 2015), refere a ironia do propósito e enaltecer do holismo no cuidar em enfermagem, “quando a realidade se situa no positivismo, redutibilidade e mecanização” (Lawler, 1991, citado por Diogo, 2015, p.5), inclusos na evolução ocidental, e, que apesar de importante no contexto da medicina moderna, Watson (2002b) acusa o seu esgotamento no cientismo e tecnicismo da cura bio fisiológica. Sem dúvida que este foi um pensamento que me acompanhou durante muito tempo, levando-me a uma busca pela minha identificação com a enfermagem e sobre o que era Ser enfermeiro.

De facto, é na evolução deste percurso formativo que, enquanto mestrando, me reencontro com a enfermagem, particularmente, com Watson, no seu apelo transformista, referindo que “não somos mecânicos e técnicos que consertam pessoas e doenças” (Watson, 2002a, prólogo xxvi); e enquadrando a emergência do paradigma de enfermagem transformista-unitário, numa enfermagem que precisa ela mesma de ser cuidada-curada. Tal como a AESOP (2006) refere, a ciência e a tecnologia são um meio e não um fim em si mesmos, evocando à emergência transformista numa nova era do cuidar perioperatório. O cuidar é “a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador” (Watson, 2002a, p.61), é a ontologia e epistemologia da enfermagem (Metrovic, 1997). É assim, que partindo do “auto-conhecimento e a vontade de cuidar e amar” (Watson, 2002, p.61), me reencontro no cuidar emocionalmente aberto ao outro, presente para e com o outro, numa necessária harmonia do afeto com a prática (Morse *et al.*, 2006; Swanson 1991, 1993; Diogo, 2015, 2017).

Todo este percurso formativo, que culmina na elaboração do presente relatório, teve por base uma metodologia reflexiva, facilitadora da transformação do conhecimento e desenvolvimento do saber assente em diferentes processos reflexivos, de reflexão para, na e sobre a ação (Esterhuizen & Freswater, 2008). Todo este vasto e complexo processo, espelhado ao longo deste relatório, particularmente nas partilhas redigidas ao longo dos diferentes Apêndices, é o eco da “reflexão dialogante sobre o observado e o vivido” (Alarcão & Rua, 2005,

p. 380), e que me permitiu, com base no permanente desenvolvimento do meu autoconhecimento e autorregulação, experimentar de forma interativa com a situacionalidade da experiência, a apropriação e construção ativa do conhecimento (Alarcão & Rua, 2005; Serrano *at al.*, 2011). O desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP, é assim, fruto do culminar deste percurso que me permitiu ao longo de 18 semanas, experimentar e aprender com os contributos dos diferentes contextos da prática clínica, em que tive oportunidade de realizar o meu estágio. Foi no curso da sua evolução, e com base nas conceções orientadoras do cuidar em pediatria (OE, 2011), que dei particular atenção ao desenvolvimento das competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pela filosofia dos cuidados centrados na família, visando prestar um cuidado emocionalmente competente, e promotor da capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

Mas porque este percurso evolutivo não se encerra em si mesmo, representando antes o início de uma longa caminhada, não faria sentido esgotar neste mestrado, o meu propósito em promover o suporte à capacitação para a gestão emocional do cliente pediátrico no perioperatório. As intervenções de enfermagem no perioperatório, orientadas pela filosofia dos cuidados centrados na família, são fundamentais na redução do stress e ansiedade, e na promoção da segurança, respeito e bem-estar do cliente pediátrico; sendo cumulativamente importante, pela promoção do desenvolvimento da criança e por ser facilitador de experiências futuras. E assim, no que diz respeito a projetos futuros, assumo a minha explícita intenção, com base no meu altruísmo e humanismo, e no mais profundo respeito e defesa pela dignidade do cliente, reunir no meu contexto da prática clínica os esforços necessários à criação de uma consulta de enfermagem, direccionada à preparação cirúrgica da criança, jovem e família, bem como ao suporte de toda esta experiência intersubjetiva ao longo de todo o percurso perioperatório.

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”

(Antoine de Saint-Exupéry)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3). Consultado em 05/02/2018, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Antunes, D., & Diogo, P. (2017). Perioperative Family Centered Care: Nursing Interventions that Support Child and Family's Emotional Management. *Revista Portuguesa de CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR*, (24), 3-4. Acedido a 11/01/2018, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Antunes%2C%20Dario%5BAuthor%5D>
- Aranha, P., Sams, L., & Saldanha, P. (2017). Preoperative preparation of children. *International Journal Of Health & Allied Sciences*, 6 (1), 1-4. doi:10.4103/ijhas.IJHAS_76_16
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*, (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Edição Comemorativa) Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B. (1988). O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Artes Médicas.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editora Presença.
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *BMJ*, 325 (7366), 672. Acedido a 02/04/2017, disponível em <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC1124207/pdf/672.pdf>
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient education and*

counseling, 99 (2), 173-185. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.004>

- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1 (1): 13-24. Philadelphia: Aspen Publishers, Inc.
- Carrilho, I., & Monteiro, J. (2007). Tratamento do estado de mal epiléptico em idade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38, 163-8. Acedido a 29/10/2017, disponível em https://neuropediatria.pt/tratamento_estado_mal_epileptico_snpn.pdf
- Casey, A. (1993). Development and use of the Partnership Model of Nursing Care. In E. Glasper & A. Tucker (Eds.), *Advances in child health nursing* (pp. 183-193). Middtesex: Scutari Press.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.
- Certificado com o Código 22/2016. *Centro de Referência para a área de Cardiopatias Congénitas*. Acedido a 2/2/2018, disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/12/CR-Cardiopatias-congenitas-certificado.pdf>
- Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751—755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.) Loures: Lusociência
- Collins, A. (2015). Measuring what really matters. *Early Years Educator*, 16(11), 8. <https://doi.org/10.12968/eyed.2015.16.11.8>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Genebra: International Council of Nurses.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: na integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/0.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10/05/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2015), *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão para 2020*. Lisboa: DGS, Consultado em 04/02/2017, disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (2018), *Norma 002/2018 – Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Lisboa: DGS, Consultado em 09/08/2018, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-09012018.aspx>
- European Operation Room Nurse Association (1997). *European Common Core Curriculum for Operating Department Nursing Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória*. Bélgica: EORNA
- Esterhuizen P., Freshwater D. (2008). Using critical reflection to improve practice. Em: Freshwater C, Taylor B. & Sherwood, G. (2008) *International Textbook of Reflective Practice in Nursing*, 99M117. Chichester: John Wiley & Sons (Blackwell)
- Finch, L. (2004). Understanding patients' lived experiences: the interrelationship of rhetoric and hermeneutics. *Nursing Philosophy*, 5 (3), 251-257. doi: 10.1111/j.1466-769X.2004.00181.x
- Fragata, J. (Coord.) (2009). *Procedimentos em Cirurgia Cardiorácica*. LIDEL: Lisboa
- Glauser, T., Shinnar, S., Gloss, D., Alldredge, B., Arya, R., Bainbridge, J., ... & Jagoda, A. (2016). Evidence-based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the Guideline Committee

- of the American Epilepsy Society. *Epilepsy currents*, 16 (1), 48-61. doi: 10.5698/1535-7597-16.1.48.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5ª ed.). Temas e debates: Lisboa.
- Goodman, T. & Spry, C. (2016). *Essentials of Perioperative Nursing* (5ª ed.) Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc
- Hanson-Heath, C., Muller, L. & Cunningham, M. (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN journal*, 103 (4), 414-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017>
- Harvey, K. A., Kovalsky, A., Woods, R. K., & Loan, L. A. (2013). Experiences of mothers of infants with congenital heart disease before, during, and after complex cardiac surgery. *Heart & Lung*, 42(6), 399-406. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.08.009>
- Hochschild (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.). (Vol 1 e 2) Loures: Lusociência
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Intitute for Patient and Family Centered Care. Acedido a 05/02/2017, disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Consultado em 02/02/2017, disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Johnson, N., Rodriguez D. (2013). Children with autism spectrum disorder at a pediatric hospital: a systemic review of the literature. *Pediatric Nursing*, 39 (3), 131-141. Acedido a 05/07/2017, disponível em http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1282&context=nursing_fac

- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança – (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kain, Z., Caldwell-Andrews, A., Mayes, L., Weinberg, M., Wang, S., MacLaren, J. & Blount, R. (2007). Family-centered Preparation for Surgery Improves Perioperative Outcomes in Children. A Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 106(1), 65-74. Acedido a 16/2/2017, disponível em <https://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1922803>
- Kain, Z., Maclaren, J., Weinberg, M., Huszti, H., Anderson, C., & Mayes, L. (2009). How many parents should we let into the operating room? *Pediatric Anesthesia*, 19(3), 244-249. Doi: 10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x
- Kassai, B., Rabilloud, M., Dantony, E., Grousseau, S., Revol, O., Malik, S., ... & Pereira de Souza Neto, E. (2016). Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 95-102. doi:<https://doi.org/10.1093/bja/aew154>
- Kérouac, S., Pépin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Maloine.
- Liguori, S., Stacchini, M., Ciofi, D., Olivini, N., Bisogni, S., & Festini, F. (2016). Effectiveness of an App for reducing preoperative anxiety in children: A randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 170(8), e160533-e160533. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0533
- Lopez, C., Hanson, C., Yorke, D., Johnson, J., Mill, M., Brown, K., & Barach, P. (2016). Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric Cardiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ppedcard.2016.11.001>
- MacDonald, K., Latimer, M., & Drisdelle, N. (2006). Determining the impact of a surgical liaison nurse role in the paediatric operating room. *Canadian operating room nursing journal*, 24(1), 7-36
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(4), 248-256. Acedido a 20/11/2017, disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v32n4/v32n4a04.pdf>

- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Supplement). Acedido a 11-12-2016. Disponível em <http://www.fons.org/library/journal/volume5-person-centredness-suppl/article1>
- Metrovic, S. (1997). *Postemotional Society*. Sage, London
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 226-232. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Mercer, R. (2007). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35 (5), 649-651.
- Micheli, A., Curran-Campbell, S., & Connor, L. (2010). The evolution of a surgical liaison program in a children's hospital. *AORN journal*, 92(2), 158-168. doi: 10.1016/j.aorn.2010.02.014
- Morse, J., Bottorff, J., Anderson, G., O'brien, B., & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of advanced nursing*, 53 (1), 75-87. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03677.x
- National Child Stress Network (2004), *The pediatric medical traumatic stress. A comprehensive care*. Acedido em 20/02/2017, disponível em <http://www.nctsn.org/trauma-types/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-for-health-care-providers>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE 1 (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life

Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>

Pimentel, M. H. (2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Servir*, 172-177. Acedido a 5/5/2017, disponível <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2893/1/prepara%C3%A7%C3%A3o%20pr%C3%A9-operat%C3%B3ria%20da%20crian%C3%A7a%20e%20da%20fam%C3%ADlia.pdf>

Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahanpour, F. (2017). The effects of preanesthetic parental presence on preoperative anxiety of children and their parents: A randomized clinical trial study in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 72. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14

Regulamento n. 422/2018 de 12 de julho de 2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República 2a série, N.º 133 (12-07-2018) 19192 - 19194.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2a série, N.º 26 (6-02-2019) 4744 – 4750.

Sahebihag, M. H., Hosseinzadeh, M., Mohammadpourasl, A., & Kosha, A. (2011). The effect of breastfeeding, oral sucrose and combination of oral sucrose and breastfeeding in infant's pain relief during vaccination. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(1), 1. Acedido a 2/11/2017, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127381/>

Serra, M., Filho, F., Albuquerque, A., Santos, C., Carvalho, J., Silva, R. (2015) Nursing Care in the Immediate Postoperative Period: A Cross-sectional Study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14 (2), p161-167. Consultado a 03/05/2017, disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5082>

Serrano, M. T. P., Costa, A. D. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. D. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23.

- Smith, P. (1992). *The emotional labour of Nursing: Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nurse care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253-261. doi: 10.1016/j.nepr.2008.08.009
- Stefan, K. (2010). The nurse liaison in perioperative services: a family-centered approach. *AORN journal*, 92(2), 150-157. doi: 10.1016/j.aorn.2009.11.070
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing research*, 40(3), 161-165. Acedido em 25/04/2017, disponível em http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1991/05000/Empirical_D
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 25 (4), 352-357. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., ... & Midmer, D. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Cmaj*, 182(18), E843-E855. Doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.101720>
- Taddio, A., Shah, V., McMurtry, C. M., MacDonald, N. E., Ipp, M., Riddell, R. P., ... & Chambers, C. T. (2015). Procedural and physical interventions for vaccine injections: systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *The Clinical journal of pain*, 31(Suppl 10), S20. Doi: 10.1097/AJP.0000000000000264
- Teixeira, E., & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Referência*, 2(9), 7-14. Acedido a 2/5/2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a17.pdf>
- UNICEF. (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*: adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 07/01/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

- UNICEF. (1990). Declaração de Innocenti sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Acedido em 01/10/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/Unicef_Declaracao_Innocenti_1990.pdf
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Revista Ciências Saúde ESSCVP-Salutis Scientia*, 5, 41-50.
- Vilelas, J., Campos, L., Toledo, D., & Fernandes, A. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2).
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>
- World Health Organization (2016). A69/39 - Framework on integrated, people-centred health services. Genébra: WHO

APÊNDICES

Apêndice I
Cronograma do Estágio

	Setembro	2017 / 2018																				
		Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro					Fev
		25 01	02 08	09 15	16 22	23 29	30 05	06 12	13 19	20 26	27 03	04 10	11 17	18 24	25 31	01 07	08 14	15 21	22 28	29 04	05 11	
Neonatologia Hospital D. Estefânia													Férias Escolares									
Urgência Pediátrica Hospital de Santa Maria																						
Cuidados de Saúde Primários USF Venda Nova (Amadora)																						
Internamento de Pediatria Cardiologia Pediátrica (Hospital de Santa Marta)											1											
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica (Hospital de Santa Marta)																		2				

- 1 - observação: Percurso de Cirurgia ambulatoria
2 - observação: Consulta de preparação cirúrgica

Apêndice II

Atividades de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

Guia Orientador das Atividades de Estágio
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Mestrando:

Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes

Lisboa
Setembro de 2017



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

**Guia Orientador das Atividades de Estágio
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Mestrando:
Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes n.º 7328

Docente Orientador:
Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeiro Orientador:
Enfermeira Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem Tânia
Santos

Lisboa
Setembro de 2017

ÍNDICE

SUMÁRIO	3
a) Enquadramento conceptual	4
b) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados	7
c) Apresentação do local de estágio	14
d) Jornal de Aprendizagem – O André	15
e) Jornal de Aprendizagem – O Francisco	23
f) Diário de Campo – um dia com a enfermeira 2º elemento da UCIN	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

SUMÁRIO

A elaboração deste Guia Orientador das Atividades de Estágio, enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, integrada no 3º Semestre do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A elaboração do presente documento, tem como base o meu projeto de estágio que parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que será analisado à luz dos quadros de referência do cuidar em enfermagem à criança ou jovem e sua família. Esta problemática, irá simultaneamente permitir a articulação com a definição de um percurso formativo que decorrerá nos diferentes contextos da prática, por forma a promover o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Este desenvolvimento de competências, terá como base a metodologia reflexiva e a prática baseada na evidência, na medida em que são condições para o desenvolvimento do conhecimento enquanto mestrando e futuro EEESIP.

Assim, o desenvolvimento do projeto parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que se relaciona com a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório. A experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família (Diogo, 2015, 2017). Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a incerteza, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como etimologia do *distress* da criança ou jovem e da família no perioperatório.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), pelo seu lado, define os cuidados centrados na família como filosofia central do cuidar em pediatria, segundo a qual o suporte emocional é um pilar essencial (Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), 2017; OE, 2010). Watson (2002a, 2002b), refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Já a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP) (2006), pelo seu

lado, define o propósito da enfermagem perioperatória na orientação do cuidar para a pessoa e na garantia da sua segurança física e emocional.

Desta forma, são meus objetos de estudo a compreensão da experiência emocional da criança ou jovem e família no perioperatório, e a identificação das intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

a) Enquadramento conceptual

Cuidados Centrados na Família

A publicação da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada em 1988, foi um marco muito importante na história dos direitos das crianças. Ela veio defender o melhor interesse da criança e promover o seu bem-estar, na medida em que identifica os direitos essenciais das crianças durante o período em que estão hospitalizadas (UNICEF, 1990).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), pelo seu lado, identifica o cliente pediátrico num binómio indissociável de que fazem parte a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa. Identifica como responsabilidade do enfermeiro, o trabalho em parceria com a criança ou jovem e família/pessoa significativa, devendo para isso promover a educação para a saúde e capacitar o cliente, bem como adequar o suporte familiar e comunitário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em continuidade com a sua resolução de 2009, integra os cuidados centrados na pessoa como política nuclear no fortalecimento dos sistemas de saúde e na garantia da qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2016).

A European Operation Room Nurse Association (EORNA) (1997), evoca à defesa do cliente, familiares e outras pessoas significativas referindo o seu direito de receber as informações necessárias, bem como o suporte emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios. Já a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) (2006), fundamenta o seu propósito e desígnio na defesa e orientação dos cuidados de enfermagem perioperatórios para a pessoa, tendo como base

uma parceria cujo objetivo é garantir a sua segurança física e emocional, prevenindo a infecção e os acidentes.

Tal como McCormack *et al.* (2015) referem, a evidência reflete a evolução da prática e dos cuidados, no sentido dos cuidados centrados na pessoa. O Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), refere que os cuidados centrados na família têm como base integrar na prática clínica a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa, na perspetiva do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, bem como na dimensão do desenvolvimento de políticas organizacionais e institucionais dos cuidados de saúde. A parceria estabelecida entre os prestadores de cuidados e os clientes, elemento central dos cuidados centrados na família, são nucleares na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, ao mesmo tempo que promovem o bem-estar e a satisfação dos clientes (IPFCC, 2017).

O modelo dos cuidados centrados na família está assente em quatro pilares conceptuais: dignidade e respeito; partilha de informação; participação; e colaboração. O IPFCC enquadra ainda como elementos centrais na filosofia dos cuidados centrados na família, o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança, o respeito pelos diferentes métodos de *coping*, a promoção da rede e suporte entre famílias, a resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, a promoção de políticas de suporte emocional e financeiro das famílias e a resposta às necessidades dos clientes, atendendo e respeitando a diversidade cultural (IPFCC, 2017).

Os Cuidados Centrados na Família no Paradigma da Transformação

A orientação para a pessoa, é a base da diferenciação da disciplina da enfermagem de outras disciplinas, e decorre de um percurso histórico de identificação e precisão do seu próprio domínio da investigação e da prática clínica. (Kérouac, Pépin & Ducharme, 1994). O Paradigma da Transformação, cujo enquadramento histórico é posterior a 1975, define-se na conceptualização de que cada fenómeno é único, estando em constante interação recíproca com uma unidade global e de maior dimensão, o mundo que a envolve. É neste paradigma que Watson integra o seu contributo para a enfermagem. Parte de uma preocupação e de um mal-estar, “o sofrimento humano e ecológico é

comum por todo o mundo, o cuidar que restaura, e o antigo sagrado feminino que a enfermagem simboliza, foi ferido e necessita de ser curado.” (Watson, 2002a, p.6). Watson enquadra-se num movimento de enfermeiros cuja inquietude faz emergir um novo paradigma orientado para aquele que entende como o arquétipo da enfermagem, a energia sagrada feminina do cuidar-curar. Evoca ao reacender da luz que ilumina o caminho em direção ao pós-moderno, guiado pela cosmologia transpessoal e transcultural, num propósito humanista de profundo respeito pela dignidade (Watson, 2002a). Segundo Watson (2002a, 2002b), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar.

A experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório

Assim, importa definir que, de acordo com Damásio (2012), se entende por emoções as respostas químicas e neurais a estímulos que se manifestam na dimensão física enquanto alterações corporais e na dimensão da mente enquanto sentimentos, ou seja, o resultado da tomada de consciência da emoção.

Mas foi a socióloga Hochschild (1983) que, ao estudar as emoções e o seu estreito relacionamento com a ação, trouxe para o conhecimento um novo conceito a que chamou de *emotional labour*, ou seja, trabalho emocional. Por sua vez, Smith (1992, 2009), integra este conceito na prática dos cuidados de enfermagem, descrevendo a capacidade, que mais do que inata deve ser aprendida e treinada, do enfermeiro em gerir e superar os seus sentimentos e conflitos internos, com fim a induzir a segurança e tranquilidade essenciais para o bem-estar e satisfação do cliente. Em sua continuidade, Diogo (2015) evidencia a dupla centralidade do trabalho emocional dos enfermeiros, na medida em que através de um processo de gestão emocional, os enfermeiros procuram regular a disposição emocional para cuidar e, simultaneamente, promover um ambiente e contexto de cuidados mais seguro, tranquilo e afetuoso – um cuidado emocionalmente competente.

Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a invasibilidade, a incerteza sobre o desenrolar do procedimento, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como causas importantes para o *distress*

da criança ou jovem e da família. Segundo Diogo (2015), a experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família, sendo que especificamente no contexto perioperatório, a falta de preparação, falhas de comunicação, bem como a incerteza e as significações individuais, têm um impacto extremamente negativo na dinâmica familiar (Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016). É neste enquadramento, que defino como problemática a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório, sendo esta predominantemente negativa e perturbadora, e caracterizada por vivências emocionalmente intensas associadas à cirurgia.

b) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados

Tendo em vista o desenvolvimento das competências do EEESIP defini como objetivos gerais do projeto de estágio:

- Desenvolver competências de EEESIP, tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença;
- Desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pela filosofia dos cuidados centrados na família, visando a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

Para além dos objetivos gerais, foram, também, estabelecidos objetivos específicos, atividades e as competências a desenvolver que apresento em seguida em forma de tabela.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências desenvolvidas
- Conhecer a dinâmica organizacional, a estrutural do serviço e as concepções/modelos orientadores da prática clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos manuais, normas e procedimentos do serviço - Entrevista ao Enfermeiro chefe e/ou de referência <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de Guião da entrevista ▪ Apresentação do projeto e negociação das atividades a desenvolver - Observação da prática de cuidados e reflexão com o enfermeiro orientador 	<ul style="list-style-type: none"> - Manuais, normas e procedimentos do serviço/instituição; - Guião da entrevista 	

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e família que visam a promoção dos cuidados centrados na família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre as práticas no contexto clínico; - Consulta dos diagnósticos, intervenções e resultados no sistema informático para identificar os mais frequentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem - Ciclo Reflexivo de Gibbs - Carta terapêutica 	<p>A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das estratégias de comunicação da equipa de enfermagem com a criança ou jovem e família; - Mobilização de estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem 	<p>E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento</p>

- Promover a expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver;	- Estimulação da expressão emocional da criança ou jovem e família mobilizando técnicas adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento	- Brincar - Desenho - Leitura de histórias - Carta terapêutica	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem
- Promover a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família	- Identificação das necessidades emocionais e afetivas da criança ou jovem e família;	- Escuta ativa e abertura à experiência emocional - Carta terapêutica - Brincar, desenho e leitura de histórias - Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e

	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte emocional à criança ou jovem e família, tendo como base o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, a parceria de cuidados (orientada por uma comunicação adequada e informação clara) e a filosofia de cuidados centrados na família 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de gestão emocional (sensibilidade vigilante; procura de informação prévia; disponibilidade; preparação para os procedimentos; postura calma e tranquila; envolvimento familiar) - Brincar, desenho e leitura de histórias - Meios de tecnologia audiovisuais - Diário de Aprendizagem - Ciclo de Gibbs 	da reinserção social da criança/jovem
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao recém-nascido e à família; - Promover a vinculação com base na parceria de cuidados ao recém-nascido 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre a prestação de cuidados do Enfermeiro de referência; - Colaboração e reflexão sobre a prestação de cuidados ao recém-nascido e família com o Enfermeiro de referência; 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem - Carta terapêutica - Ciclo Reflexivo de Gibbs - Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes 	<p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</p> <p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam</p>

<p>- Promover a capacitação da família para os cuidados de saúde e segurança do recém-nascido;</p>	<p>- Realização de um Diário de Aprendizagem tendo como base uma situação significativa;</p> <p>- Prática baseada na evidência</p>		<p>afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</p> <p>E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</p> <p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p>
--	--	--	---

			E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais
--	--	--	---

c) Apresentação do local de estágio

A receção da UCIN, abre as portas para um serviço que acolhe e se apresenta num profundo respeito pela dignidade e pelos direitos dos seus clientes; promovendo desde logo o contacto com a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2009), respetivamente ladeada pela Carta do Recém-nascido. Este primeiro espaço disponibiliza, ainda, um Poster do serviço onde é possível consultar a sua capacidade de internamento e respetivas taxas de ocupação, bem como as características específicas da equipa, nomeadamente a totalidade de elementos e respetivo número de especialistas, mestres e doutorados devidamente distribuídos pelas suas equipas; numa valorização explícita da formação avançada e da prática baseada na evidência. Em frente a este espaço, encontramos a sala dos pais, espaço dedicado aos pais, irmãos e às visitas dos recém-nascidos. Neste espaço, podemos encontrar a Declaração do Aleitamento Materno do Centro Hospitalar, identificando desde logo a UCIN enquanto unidade integrante e promotora da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, projeto que emerge em 1990 com a “Declaração Innocenti” (UNICEF, 1990). A restante sala está pintada de fotos com crianças a sorrir, famílias que abraçam os seus filhos, lendo-se agradecimentos, palavras e histórias de esperança que de certa forma confortam, aquecem e alimentam a esperança dos pais, irmãos e famílias que experimentam um profundo desafio e incerteza no que diz respeito à evolução da sua experiência intersubjetiva neste processo de saúde-doença.

Os recém-nascidos internados na UCIN, são predominantemente de alto risco, significando que “independentemente da sua idade gestacional ou do peso ao nascer, apresentam uma possibilidade maior que a normal de morbilidade ou mortalidade” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.332). Face à sua especificidade, o internamento nesta UCIN combina dois fatores que potenciam de forma especialmente gravosa a sua condição de alto risco. Estando integrada num Centro Hospitalar do Distrito de Lisboa, e tendo a particularidade de não ser uma unidade de apoio a nenhuma maternidade de forma direta, é a unidade de referência para as especialidades cirúrgicas e de estudo para diagnóstico médico das áreas de Lisboa, Alentejo, Algarve e Ilhas. Desta forma, os seus

clientes são habitualmente recém-nascidos pré-termo de baixo ou muito baixo peso ao nascer, e suas famílias, cujo seu processo de saúde-doença se caracteriza ainda pelo diagnóstico de uma patologia cujo tratamento é predominantemente cirúrgico, sendo os diagnósticos mais frequentes a Atresia do Esófago, Enterocolite Necrosante, Onfalocelo e Gastrosquisis, Mielomeningocelo, Hidrocefalia e ainda o estudo para diagnóstico de Disfunção Neuromuscular (Hockenberry & Wilson, 2014).

Assim, a UCIN em que realizei o meu estágio, encontra-se dividida em dois espaços principais: a Unidade de Cuidados Intensivos, com capacidade para acolher 8 recém-nascidos, e a Unidade de Cuidados Intermédios, com capacidade para acolher até 4 recém-nascidos. A prestação de cuidados de enfermagem, é orientada pelo modelo do enfermeiro de referência em articulação com o método individual de trabalho. O enfermeiro de referência, é o elemento de ligação ao longo de todo este processo de saúde-doença entre o serviço e o recém-nascido e sua família. É assim, o responsável pelo acolhimento e pela apresentação do serviço, por definir em conjunto com a família o respetivo plano de cuidados, pela preparação e suporte à alta hospitalar e ainda, quando em caso de morte na UCIN, por preparar e dar suporte ao luto.

Se por um lado, as paredes se revestem dos referenciais legais que representam a defesa dos direitos dos clientes, não posso deixar de referir que as palavras que ecoam “os pais e os irmãos não são visita (...) podem estar ou ligar sempre que quiserem”, os gestos que se repetem e a transversalidade da atitude individual refletem o *continuum* da filosofia dos cuidados não traumáticos e dos cuidados centrados na família na prestação de cuidados de enfermagem na UCIN. A individualização dos cuidados, o respeito pelos direitos dos clientes, a forma como suportam e promovem a participação dos familiares na prestação de cuidados e na tomada de decisão, espelham o seu profundo respeito pelas conceções orientadoras do cuidar em pediatria (IPFCC, 2017; NCSN, 2004; OE, 2011).

d) Jornal de Aprendizagem – O André

Descrição:

O André (nome fictício) é uma criança, presentemente com 7 meses de idade, que nasceu pré-termo, sendo na altura um recém-nascido de muito baixo peso ao nascer (MBPN) (Hockenberry & Wilson, 2014). Foi transferido para esta unidade, por motivo de diagnóstico de enterocolite necrosante, tendo indicação para tratamento cirúrgico. O André está internado na UCIN há cerca de 6 meses, tendo sido já submetido a diversas cirurgias, apresentando atualmente uma síndrome de intestino curto. Face às diversas complicações que tem sofrido no decorrer do seu percurso de vida (sépsis, paragens cardiorrespiratórias, entre outras) o seu prognóstico, de acordo com a equipa médica, é muito reservado.

Num turno, no decorrer da primeira semana de estágio, uma enfermeira com quem ainda não tinha estado, perguntou-me em que serviço eu prestava cuidados. Com a maior naturalidade referi que há cerca de 11 anos que prestava cuidados num bloco operatório de cirurgia cardiotorácica. Acontece que o André, tinha também diagnosticada uma arritmia com resposta de bradicardia sinusal, e estava há já algum tempo a aguardar a colocação de um pacemaker. A mãe do André naturalmente ouviu a conversa e quando a colega, que era naquele turno a enfermeira responsável pela prestação de cuidados ao André, se deslocou até junto dele, questionou-a de imediato: “O Enfermeiro Dario é da cardiotorácica. Posso falar com ele sobre o pacemaker?”. Na altura, a colega veio falar comigo e com a minha enfermeira orientadora. Disponibilizei-me logicamente para falar com os pais, atendendo, contudo, a que a informação que poderia partilhar seria exclusivamente de carácter generalista, no sentido em que face ao momento ainda inicial do estágio e ao facto de a minha orientadora até aquele momento ainda não ter ficado responsável pela prestação de cuidados ao André, não só não conhecia o André e os pais, como, nem tão pouco, este assunto já tinha sido discutido com a equipa de enfermagem no meu contexto da prática clínica.

Foi de comum acordo, entre a minha orientadora e a enfermeira, que seria mais prudente que essa partilha não acontecesse. Na altura compreendi que estava ainda há pouco tempo na UCIN, que não tinha ainda uma relação estabelecida com os pais, mas compreendia que o motivo real se prendia com a relação daqueles pais, em particular da mãe, com a equipa e com a necessidade de tranquilizar e fomentar a esperança dos pais. Na construção desta relação,

estavam conflitos já resolvidos, momentos de profundo stress e ansiedade que decorrem da gravidade dos processos de saúde-doença do André, momentos em que nada restava para além da esperança que iluminava uma jovem mãe e um jovem pai perdidos numa realidade fria. Tinham já experimentado desde o início do internamento, o luto de duas crianças que tal como o André tinham sido transferidas para a UCIN com o mesmo diagnóstico e que vieram a falecer. O processo de saúde-doença chegou a ser de tal forma crítico, que a equipa médica tinha já assumido junto dos pais que não poderiam fazer mais nada pelo André. Essa, apesar de já ultrapassada, foi uma situação emocionalmente complexa do ponto de vista da relação e da confiança entre os pais e a equipa.

Não julgo a decisão, apesar de discordar. Compreendo o receio, apesar de entender na altura que poderia ser de facto muito importante para os pais um momento de partilha de informação, que poderia contribuir positivamente no esclarecimento sobre uma temática em que tenho apurado a minha perícia no decorrer dos passados 11 anos; permitindo simultaneamente o desenvolvimento da relação, facilitar a gestão das emoções, e principalmente, contribuir para o esclarecimento e bem-estar daqueles pais que se encontravam emocionalmente fragilizados e a precisar de suporte. Contudo, não perdi a intenção e a esperança, depois de desenvolver as competências a que me tinha proposto e depois de a equipa me conhecer melhor, poder vir a promover esse momento de partilha, de suporte e de capacitação destes jovens pais, tentando contribuir com um pouco de calor e de luz num propósito de capacitação para a sua gestão emocional e, consequentemente, melhorar o seu bem-estar e fortalecer os seus recursos para lidar com esta situação tão adversa.

Não foi com grande surpresa, pois já estava a começar a conhecer e a desenvolver uma relação com a minha orientadora, mas antes com honesta felicidade, que no turno seguinte aquando da transferência de cuidados, a minha orientadora, que era a responsável do turno, me disse que tinha estado a refletir sobre aquela situação. Disse-me que se eu estivesse em acordo, entendia que não deveria privar os pais desta oportunidade e que era de facto um contributo muito importante que poderíamos dar aos pais. Concordei em pleno com a sua reflexão. Da sua importante reflexão, que espelha a reflexão sobre a ação, irrompe uma atitude que vem ao encontro do desígnio e da responsabilidade da enfermagem, assumindo a sua responsabilidade nesta parceria através do

suporte emocional, da partilha de informação e do respeito pela sua dignidade e participação na prestação dos cuidados e na tomada de decisão (IPFCC, 2017; OE, 2011).

Esse foi o primeiro turno em que ficamos responsáveis pela prestação de cuidados ao André e aos pais. Dirigimo-nos à mãe e ao pai e a minha orientadora, num tom calmo, disponível e numa abertura que refletia a sua verdadeira intencionalidade, disse: “Sei que ontem pediram para falar com o Enfermeiro Dario a propósito do pacemaker. Sei que é uma questão que vos tem deixado muito ansiosos. Se ontem não houve oportunidade, também porque fomos um pouco apanhados de surpresa, hoje, depois de falarmos entendemos que faria todo o sentido para que pudessem conversar e ver as vossas dúvidas esclarecidas...”. Os pais, não escondendo uma alegria que agora os iluminava, perguntaram: “Trabalha na cirurgia cardiotorácica?” Comecei por apresentar a minha experiência e o meu percurso profissional ao longo de quase 11 anos enquanto enfermeiro perioperatório (AESOP, 2006) de cirurgia cardiotorácica, contextualizando que estava ali, num propósito de formação e desenvolvimento académico e profissional, disponível para partilhar com eles toda a informação que desejassem; respeitando, contudo, o facto de esta indicação e plano cirúrgico não terem ainda sido discutidas com a minha equipa de enfermagem, motivo pelo qual estaria muito limitado no esclarecimento da informação dirigida e personalizada ao André.

Foi assim, que ao longo de cerca de quase 30 minutos, comecei por tentar compreender as suas expectativas e conhecimento relativamente a este procedimento, tentando simultaneamente compreender a informação que desejavam ver partilhada, quais os seus receios e preocupações; no fundo, de que forma estavam a experienciar emocionalmente esta realidade, e de que forma eu poderia prover suporte e capacitá-los emocionalmente para esta vivência. Não estando preparado com nenhum material para este momento, recorri à internet para conseguir, através de algumas imagens, clarificar a informação que estava a partilhar, tentando assegurar o seu devido esclarecimento. No final desta conversa a mãe disse-me: “Sabe, entre tanta coisa que tem acontecido ao André, e apesar de tanto terem insistido, nós nunca desistimos... mas custa muito... não é fácil... e cada vez que aparece uma coisa nova, procuramos na internet, falamos com algumas pessoas, mas a cabeça fica

à roda com tantas dúvidas. Será que ele aguenta? E depois...”. A mãe falava comigo sobre o que sentia, ventilando os seus sentimentos, de mão dada com o seu filho, acariciando-o no meio das palavras e dos ternurentos olhares, refletindo uma vinculação expressamente positiva. Quando todos lhes diziam para desistir, eles não deixaram de acreditar, lutaram. Não podia nunca deixar de lhes dizer: “Eu vou estar por cá durante mais algum tempo, e por favor não hesitem em perguntar o que quiserem, falarem do que quiserem... compreendo a vossa situação, imagino que deve ser esgotante. No que puder contribuir para vos apoiar, podem contar comigo.” A mãe disse-me “Muito obrigado Enfermeiro Dario. Acho que agora percebo melhor esta coisa do pacemaker e de como funciona. Hoje vamos dormir um pouco mais descansados.” e olhando para o pai do André riu-se. Achei que a minha intervenção não deveria ficar por ali, até porque na realidade, à parte da minha intencionalidade de promoção da partilha de informação, esta teve lugar mais precocemente graças a uma enfermeira cujo seu cuidar se guia pela filosofia dos cuidados centrados na família. E disse-lhes: “Acho que hoje a Enfermeira Ana (nome fictício) vai dormir mais feliz. Se de facto este momento foi possível deve-se a uma pessoa que se preocupa, que é profissional, que cuida e que reflete sobre o seu dia e sobre a forma como o amanhã pode ser melhor. Se não fosse por ela, certamente esta conversa a acontecer, apenas teria lugar no final do meu estágio.”

Ao fim de 4 dias, pelas 11 horas da manhã, entrei na UCIN com a equipa cirúrgica. Íamos colocar o pacemaker ao André. Quando entrei na UCIN, os pais olharam para mim e sorriram. Cumprimentei-os, o cirurgião avaliou clinicamente o André, que tinha tido uma paragem cardiorrespiratória pelas 9 horas da manhã, e falou com os pais sobre o seu planeamento cirúrgico. A mãe, mesmo antes de irmos para o bloco operatório, com os olhos em lágrimas disse ao cirurgião: “Eu confio em si... eu confio no Enfermeiro Dario... sei que vão fazer o vosso melhor...”. Olhou para mim, com lágrimas que caíam pelo rosto e disse-me: “Posso-lhe pedir um favor?”, respondi-lhe “Claro que sim...”. Tirou o terço que estava no berço do André, estendeu-mo e perguntou-me “acha que pode guardar junto de si... sempre junto de si?”. Já Watson (2002a, 2002b) refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Não cabe em mim tal asepsia emocional que me permita lidar com relativa ligeireza ou indiferença um pedido,

uma entrega, uma mão que se estende. Recebi, guardei e colocando a mão em cima do ombro da mãe e do pai, disse “Até já...”. A cirurgia decorreu sem qualquer complicação, tendo o André ficado cerca de 1 hora e 30 minutos no bloco. Depois da fase mais crítica ter passado, quando já estávamos apenas a fixar o pacemaker, pedi à enfermeira circulante que fosse dizer aos pais que já estávamos apenas a terminar, tendo o cirurgião complementado: “Sim e pode dizer que correu tudo bem!”.

Transferimos o André de volta para a UCIN, no corredor à saída do bloco estava a mãe que olhou para mim. Imediatamente, devolvi-lhe o terço. Ela agarrou na minha mão, olhou-me bem nos olhos e disse-me: “Obrigado.”. Acenei com a cabeça, e com um sorriso disse-lhe “Encontramo-nos todos mais logo”. Pelas 16 horas entrei na UCIN para iniciar o meu turno de estágio e a mãe assim que me viu disse: “Olha quem aí vem filho... é o tio Dario!!!”.

Sentimentos:

Esta foi uma vivência muito rica do ponto de vista emocional, humano, profissional e académico.

O processo de saúde-doença experimentado pelo André e pelos seus pais é extremamente complexo. A gravidade do seu estado clínico, contrasta com a forte vinculação já estabelecida entre os pais e o André. Depois de ler uma história clínica repleta de complicações *major*, de entre as quais uma *Klebsiella pneumoniae* nas secreções aspiradas da traqueostomia, vestígios de fezes na urina devido a uma fístula prostatorretal, hepatomegalia, icterícia profunda, atraso profundo do desenvolvimento, entre outros, olhamos para o André e vemos uma mãe e um pai que falam com o seu filho que responde fixando o olhar nos seus pais, que se acalma com a sua voz, que adormece quando a mãe encosta a sua cabeça junto a ele. É um turbilhão emocional muito intenso, num grito de apelo ao altruísmo, à responsabilidade social, ao cuidar que Watson (2002a, 2002b) defende como o arquétipo sagrado feminino.

Sinto uma profunda gratidão pela oportunidade, concretização por ter efetivamente suportado e cuidado do André e dos pais, e esperança na persistência e resiliência de uma enfermeira que não se permite à normativa, ao

conformismo e à inércia, mas antes assume a sua responsabilidade enquanto EEESIP.

Esta situação do pacemaker veio gerar um stress ainda maior nos pais que, para além de terem de lidar com incerteza do futuro do seu filho, tinham ainda lidar, tal como me diziam, com uma: “operação de coração aberto”. É um perfeito reflexo de que os medos e receios das famílias se fundamentam frequentemente em dúvidas mal-esclarecidas e expetativas que muitas vezes não correspondem à realidade (OE, 2010), fundamentando assim a importância do planeamento e do suporte de um programa de preparação pré-operatório. O esclarecimento de diversa informação como o facto de não ser uma cirurgia de coração aberto, de não implicar paragem cardíaca, de não haver problema em ter o telemóvel perto do André, entre muitas outras coisas, a que uma explicação mais simples, com linguagem adequada à idade, mas também à disponibilidade cognitiva e emocional dos pais, foi suficiente para reduzir profundamente a ansiedade e medo que dominavam o seu estado emocional (operacionalização da gestão emocional). Sinto que efetivamente estava a cuidar destes jovens pais, que foi uma experiência que pela forma como a vivemos juntos, foi profundamente potencializadora do desenvolvimento de uma parceria assente na confiança e no profundo respeito pela dignidade humana.

Sinto ainda que com esta situação, não só pelas palavras que dirigi, mas também pelo curso dos acontecimentos, estimular e reforçar positivamente a reflexividade, a perícia e o altruísmo da minha enfermeira orientadora. Este não é na minha opinião um contributo menor, pelo contrário é uma vivência e aprendizagem que acredito que tal como me marcou, a terá certamente marcado positivamente.

Avaliação, análise e conclusão:

A avaliação tal como referido é muito positiva. Do ponto de vista do suporte, da relação, da parceria e da partilha foi única. Foi particularmente importante neste contexto de estágio, uma vez que contribuiu igualmente para o desenvolvimento de competências que tenho propostas e que com o conjunto de outras experiências, contribuiu para a concretização dos objetivos de - *desenvolver as competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e*

família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; promover a expressão das emoções e sentimentos da família relativamente à experiência que estão a viver e, ainda, promover a capacitação para a gestão emocional da família. A concretização destes objetivos desenrolou-se em estreita articulação com a concretização do objetivo de - identificação, promoção e respeito pelas intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e família que visam a promoção dos cuidados centrados na família.

Importa nesta avaliação refletir um pouco sobre o que não correu tão bem. Não me parece que o facto de ter aceite a primeira decisão de não falar com os pais naquele momento tenha sido errado. O facto de ainda não me conhecerem, de estar no início do meu estágio, de não ter uma relação já estabelecida com os pais, leva-me a ponderar se a minha persistência em me disponibilizar não teria sido disruptiva, precoce e em consequência inibidora de partilhas futuras. Contudo, penso que poderia e deveria ter verbalizado que era minha intenção promover esta partilha durante o estágio. O facto de simplesmente ter aceite esta decisão, poderia ter sido confundido com desinteresse ou indiferença na partilha, pelo que entendo que deveria ter verbalizado a minha intenção.

Importa ainda referir que, apesar de ter ficado registado em notas de enfermagem o suporte e a partilha de informação, poderiam e deveriam ter sido explorados os diagnósticos de enfermagem com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Diogo, Rodrigues, Sousa, Caeiro, Fernandes, & Fonseca, 2017). O motivo não foi desvalorização, antes a intencionalidade de não ser demasiado esgotante, mantendo a intencionalidade de no decorrer do estágio refletir em conjunto com a enfermeira orientadora alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Agenda:

Face a toda a reflexão que acompanhou e acompanha ainda esta vivência, tal como referi, penso que o que teria certamente feito de forma diferente, teria sido aquando da aceitação da decisão de não ir partilhar informação naquele momento, deveria ter sido muito claro na verbalização da minha intencionalidade em o fazer até ao final do estágio. Se a minha enfermeira orientadora não cuidasse num profundo respeito pela filosofia dos cuidados centrados na família

(IPFCC, 2017), poderia ter corrido o risco de não ter efetivamente suportado os pais naquele momento de vulnerabilidade acrescida, em que a minha ética e deontologia profissional me responsabilizam pela defesa do meu cliente e pelo trabalho em parceria com a criança ou jovem e família; devendo para isso promover a educação para a saúde, e capacitar o cliente, bem como adequar o suporte familiar e comunitário (OE, 2010).

e) Jornal de Aprendizagem – O Francisco

Descrição:

O Francisco (nome fictício) é uma criança, presentemente com 1 mês e 20 dias de idade, que nasceu de termo (38 semanas, 3 dias), sendo na altura um recém-nascido de baixo peso ao nascer (BPN), com cerca de 2.450g (Hockenberry & Wilson, 2014). Foi transferido à nascença para esta unidade por motivo de diagnóstico pré-natal de *gastrosquisis*. À chegada à UCIN, foi validada a indicação cirúrgica tendo sido submetido ao necessário tratamento cirúrgico nesse mesmo dia. O pós-operatório não foi linear. A alteração do padrão de eliminação intestinal, caracterizada pela obstipação e uma importante distensão abdominal, fez-se acompanhar pela intolerância alimentar, com permanente acumulação de conteúdo gástrico, progredindo da estase do leite ingerido para um crescente conteúdo esverdeado em quantidade gradualmente aumentada. Este quadro evolui para uma infeção grave que evoluiu para uma sépsis, seguida por uma colectomia parcial. Presentemente, face às complicações descritas, o Francisco está presentemente traqueostomizado e colostomizado, estando presentemente a regular progressivamente o seu padrão de eliminação intestinal e tolerando gradualmente a alimentação entérica que é administrada por sonda nasogástrica.

Os pais do Francisco tentam gerir toda esta experiência emocionalmente intensa que se caracteriza pela evolução do processo de vinculação, pelo contacto com toda uma realidade médico-cirúrgica que lhes era completamente estranha e que se caracteriza ainda pela gestão desta exigente e desgastante experiência com a resposta às necessidades do irmão António (nome fictício)

que tem cerca de 2 anos e 6 meses. O desenrolar de toda esta experiência levou a que os pais encontrassem uma rotina que lhes permite levar o António à escola e a mãe ir para junto do Francisco enquanto o pai vai trabalhar. Ao final do dia, o pai vai buscar o António à escola e juntos iam estar com o Francisco e a mãe até perto da hora do jantar, altura em que vão para casa. O dia não acabava sem que a mãe ligue antes de se ir deitar para saber como estava o Francisco. Ao fim de semana mantêm uma rotina, na qual o pai vai passar a manhã de um dos dias, a mãe e o António vêm almoçar com o pai e depois trocam, ficando a mãe durante a tarde até que os “seus homens” (segundo a mãe), viessem buscar. Faziam questão de dizer que o dia seguinte era o dia do António. Toda esta rotina partilhada entre os pais, que funcionavam com uma eficiência impar, estava muito organizada e centrada no Francisco e no António.

As canções de embalar com que a mãe acariciava o Francisco, o seu sorriso quando via o mano e o “family hug”, aquele abraço a quatro que o pai fazia tanta questão, espelhavam uma vinculação tão forte entre aquela família que nem os pais ou vistas de outras crianças ficavam indiferentes. Eram momentos de amor e calor contagiante que pareciam tocar todos os que experimentávamos aquela partilha.

Contudo, havia uma barreira muito importante para os pais, tal como a mãe dizia “...sou a mãe dele e sou tão incapaz...”, ou o pai “...quando vocês o aspiram começo logo cheio de suores...”. Os momentos de aspiração da traqueostomia, a realização de técnicas como os pensos, a troca de medicação, entre outros, eram momentos de profundo stress para ambos os pais que pareciam dividir e estratificar conceptualmente a sua capacidade parental e o seu filho em dois hemisférios que apesar de contíguos eram distintos. Por um lado, tinham o seu “filhote”, aquele a quem contavam histórias, com quem riam e que tanto amavam, e por outro o Francisco que estava traqueostomizado, colostomizado, alimentado por uma sonda e que nem de perto nem de longe amavam menos, mas antes se sentiam novatos, inexperientes, impotentes e incapazes, sentindo uma profunda incapacidade em assumirem a sua parentalidade de uma forma global e unitária.

Esta realidade era verbalizada entre a equipa, particularmente durante a transferência de cuidados. As opiniões eram distintas, as estratégias sugeridas eram diversas e na realidade a opinião não era consensual quanto ao tipo de

suporte a prestar aos pais. Mais do que isso, a discussão entre a equipa centrava-se na necessidade, ou não, de capacitar os pais para este tipo de cuidados. Face ao facto de ter já ficado duas vezes responsável pela prestação de cuidados ao Francisco, entendi que deveria falar com a minha enfermeira orientadora e verbalizar a minha reflexão relativamente a esta experiência com a família do Francisco. No meu entender, a falta de suporte e capacitação parental para lidar com toda a experiência relacionada com a traqueostomia e com a colostomia, era profundamente inibitória da sua confiança para cuidar do seu filho e no fundo assumir em pleno a sua parentalidade. Estando em plena consciência da forte probabilidade de serem cuidados que previsivelmente seriam temporários, face à evolução positiva deste processo de saúde-doença, entendo, face à minha avaliação, que é fundamental a sua capacitação e suporte. Tal como Watson refere “... uma pessoa pode ter uma doença que está “completamente oculta aos nossos olhos”. Para encontrar soluções é necessário encontrar significados.” (Watson, 2002b). A minha orientadora concordou comigo, referindo que tinha estado também a refletir sobre aquela situação e que entendia que deveria intervir.

Habitualmente os cuidados de higiene e conforto são preferencialmente prestados durante a manhã e como estratégia neste dia optámos por aguardar pela mãe para iniciarmos a prestação de cuidados. A mãe chegou, tal como todos os dias, pelas 9h30m, com uma tranquilidade e um sorriso matinal que contagiavam todos os que estavam em seu redor. Ao entrar na UCIN, foi direitinha ao Francisco, e tal como todos os dias, deu-lhe um beijinho ternurento e disse-lhe “Bom dia filhote. Tu mimiste bem?”. Deslocámo-nos até junto da mãe e cumprimentando-a dissemos-lhe que éramos nós que estaríamos com eles durante aquela manhã. A minha orientadora, entendeu que não deveria perder mais tempo e foi direta ao assunto, dizendo-lhe que tinha já observado várias vezes aquela que entendia como falta de apoio para lidar com toda uma realidade que lhes era desconhecida, e que quanto a ela era necessário “desmistificar um conjunto de coisas que provavelmente os preocupava bastante.” E diretamente disse-lhe “Hoje gostava muito que mãe me ajudasse a dar banhoca ao Francisco.” Um súbito rubor facial e uma certa inquietude instalaram-se subitamente, espelhando o stress e profunda ansiedade que agora dominavam o estado emocional da mãe. A mãe estava claramente

desconfortável com aquela súbita proposta e numa expressão da sua fragilidade libertou: “Eu não sou capaz sra. Enfermeira.”

A minha orientadora sorriu e colocando a mão dela sobre o braço da mãe disse-lhe uma palavras de que nunca me esquecerei: “Sabe mãe, eu admiro-a muito. Não posso deixar de dizer-lhe que acho que é a primeira vez que a ouço dizer que não é capaz de fazer qualquer coisa. Hoje sou eu que lhe digo que quem nunca seria capaz de assumir e enfrentar esta experiência de uma forma tão organizada, tão rotinada e simultaneamente tão maternal!!!” A mãe sorriu...a minha orientadora continuou a conversar referindo que a sua intencionalidade era apenas a de lhe mostrar que ela era a mãe do António e que a traqueostomia e a colostomia nunca seriam um motivo para vir a inibir a sua expressão maternal. A mãe acabou por aceitar aquele desafio e em conjunto com a minha orientadora, lado a lado, prestaram os cuidados de higiene e conforto ao António. Durante esta prestação, foram-se desmistificando medos e receios que fundamentavam aquela fobia, e que diziam predominantemente respeito ao receio de que a cânula saltasse, ao receio de que ele deixasse de respirar se o circuito ventilatório se desconectasse, ou ao receio de que se o saco da colostomia se desadaptasse ele apanhasse uma infeção gravíssima. Foi a mãe quem aplicou o creme pelo corpo do António, recorrendo a uma técnica que é única e exclusivamente pessoal, o reconfortante toque maternal. No final, já o António estava a dormir, a minha orientadora olhou para a mãe e disse-lhe: “Obrigado pela ajuda mãe” e sorriu. A mãe abraçou-se a ela e disse-lhe “Nós é que agradecemos... nunca nos esqueceremos do que fez por nós hoje”.

Até ao final do meu estágio na UCIN, os pais foram ainda suportados e capacitados para darem colo ao António e para colaborarem na aspiração de secreções pela cânula da traqueostomia. O propósito nunca foi o do desenvolvimento da perícia nestas técnicas, mas antes a desmistificação de um conjunto de medos e receios que estavam a ser barreiras inibitórias da evolução do processo de vinculação.

Sentimentos:

Esta vivência foi muito importante para o meu percurso académico e profissional. A evolução de todo este processo vinculativo experimentado pelo

António e pelos seus pais faz-me em primeiro lugar sentir feliz e concretizado. Fundamento este sentimento no resultado de um contributo, no seio de uma parceria (Casey, 1993, 1995), em cujo objetivo comum é a promoção do bem-estar e da qualidade dos cuidados prestados ao cliente pediátrico (OE, 2011). As canções que sempre aqueceram a UCIN, soaram naquele dia com uma maior cumplicidade, com uma maior ternura, com uma voz que espelhava a felicidade de uma mãe que se sentia capaz, que tinha tocado o seu filho enquanto este tocava o seu coração.

Paralelamente, sinto-me feliz porque a reflexão sobre a prática veio mais uma vez permitir a identificação correta de um problema, que neste caso correspondia à falta de informação e suporte dos pais, e desta forma o encontro de uma solução que emerge na cerne da filosofia dos cuidados centrados na família, a capacitação do cliente com base na partilha de informação e no suporte emocional (IPFCC, 2017). O desenrolar do suporte e da capacitação, atuam num palco em que o trabalho emocional em enfermagem pediátrica é a luz, o ponto e o cenário desta peça. A resiliência de uma enfermeira que encontra na sua responsabilidade profissional e na sua autoconsciência (Goleman, 2012) a força para procurar a melhor definição da problemática e a construção da mais adequada solução são profundamente promotoras da construção da estabilidade na relação. A regulação da disposição emocional, foi no meu entender uma chave para este problema, na medida em que a honestidade com que a enfermeira refere a admiração pela mãe e a sua própria incapacidade em gerir a sua rotina pessoal com a mesma perícia que a mãe tinha, potenciaram a confiança e a esperança numa mãe que até ali não conseguia acreditar na sua perícia, focando-se exclusivamente na incapacidade específica para prestar cuidados mais técnicos. O falar pausado, a voz calma e o calor daquelas palavras, inspiram confiança e tranquilidade e são a mais honesta expressão da dádiva de afeto, promovendo assim um ambiente seguro e afetuoso que são aqui uma condição para a gestão emocional antecipatória da mãe (Diogo, 2015, 2017). Já Watson (2002a) referia que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar.

A resiliência e a reflexividade sobre a ação da minha enfermeira orientadora, confortam-me ao mesmo tempo que me alimentam de esperança.

Tendo profunda autoconsciência da importância que a reflexividade tem na minha construção pessoal e profissional, o tormento da dúvida sobre o possível exagero, profundidade e persistência na minha reflexividade, ocupam a minha mente numa periodicidade que gostaria menos pesada. Contudo, foi precisamente a reflexividade da minha enfermeira orientadora que veio em primeiro lugar permitir a correta e completa definição da problemática, bem como a construção da adequada solução.

Avaliação, análise e conclusão:

A avaliação que faço desta vivência é muito positiva. Em primeiro lugar é muito positiva para o cliente, na medida em que desta experiência resultam o desenvolvimento de competências técnicas da mãe e do pai cuja sua falta era inibitória da melhor evolução do percurso vincutivo. Não menos importante do que o desenvolvimento destas competências foi o suporte e capacitação para uma melhor autoconsciência enquanto perita no cuidar do seu filho. O amor e a vinculação já habitavam nesta casa, mas encontravam-se ainda encerrados em medos e receios que depois de desmistificados, destrancaram a porta que veio iluminar e aquecer aquela família. A vinculação seguiu o bom percurso evolutivo, suportada no desenvolvimento de competências que os próprios pais desejaram ver capacitadas.

Entendo que esta vivência foi igualmente importante para a minha enfermeira orientadora, na medida em que este resultado tão positivo vem alimentar a sua identidade e fortalecer os seus princípios e a sua reflexividade, num propósito altruísta e de responsabilidade profissional.

No que diz respeito à minha vivência, reflete a vivência da minha orientadora, na medida em que veio igualmente reforçar os meus princípios e a minha reflexividade. Esta experiência contribuiu de forma impar para o meu propósito neste estágio e para o respetivo desenvolvimento de competências. Tal como referi anteriormente, toda esta vivência centra-se na concretização do objetivo de identificação, respeito e promoção pelas - *intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e família que visam a promoção dos cuidados centrados na família*. As estratégias que se encontram na base desta experiência, tinham como propósito a - *promoção da expressão das emoções e*

sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver; para assim promover a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família. Esta experiência reflete a forma harmoniosa e dinâmica como a concretizei os objetivos de - colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao recém-nascido e à família; desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; e promover a capacitação da família para os cuidados de saúde e segurança do recém-nascido; conseguindo em resultado a promoção da vinculação com base na parceria de cuidados ao recém-nascido.

Importa ainda referir como resultado positivo desta experiência o devido e fundamental registo deste suporte, que foi registado com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como intervenções de suporte aos focos “papel parental” e “vinculação” (Diogo, Rodrigues, Sousa, Caeiro, Fernandes, & Fonseca, 2017).

Agenda:

Esta vivência vem fortalecer o meu propósito e a minha identidade, e neste sentido, numa experiência futura seguiria as mesmas linhas orientadoras do pensamento e da ação, acreditando ainda mais na reflexividade, na resiliência, no altruísmo e na responsabilidade profissional, tendo sempre como base a parceria, numa orientação pelos cuidados centrados na família.

f) Diário de Campo – um dia com a enfermeira 2º elemento da UCIN

Esta oportunidade surgiu, por sugestão da minha enfermeira orientadora, fundamentando este dia naquelas que são as competências comuns do enfermeiro especialista no que diz respeito às competências “**c.1 gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.**” e “**c.2 adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados**” (Regulamento n. 140/2019). Desde

logo achei que esta experiência poderia ser muito interessante e frutuosa, pelo que concordei em pleno com a proposta.

As responsabilidades da enfermeira, que é 2º elemento do serviço, são em primeiro lugar a de substituição da enfermeira chefe sempre que esta está ausente do serviço, assumindo assim as suas responsabilidades de chefia. Caso contrário, a sua responsabilidade prende-se com a colaboração com a equipa na prestação de cuidados, por motivo de falta de elementos, ocorrência de eventos, entre outros, estando sempre que a sua colaboração não é necessária, centrada em questões que se relacionam com a logística, a gestão, a manutenção e com a monitorização e auditoria do serviço.

A sua responsabilidade centra-se naquela que refere como “...assegurar que os enfermeiros não tenham que se preocupar com nada para além das crianças e das famílias...”. Assim começamos pela farmácia, onde validei novamente a perfeita adequação do sistema de armazenamento de fármacos com as mais recentes normas e recomendações de que servem como exemplo as normas para os medicamentos LASA (DGS, 2015). Estes sistemas são fundamentais para a prevenção do evento adverso que nesta unidade é logo à partida elevado face à diversidade de fármacos e à necessidade de cálculos para a preparação da terapêutica, uma vez que as dosagens disponibilizadas pela indústria maioritariamente não estão adequadas à pediatria, implicado assim o cálculo e manipulação dos fármacos, o que aumenta de forma importante o evento adverso medicamentos (Fragata & Martins, 2004). Tive aqui oportunidade para partilhar a realidade do meu serviço, no que diz respeito ao armazenamento dos fármacos, bem como à técnica para preparação e administração de fármacos, partilhando particularmente a experiência com uma aplicação desenvolvida por elementos do meu serviço, o *Pedrug*. No fundo é um aplicativo que nos permite registar a mais completa informação sobre a criança ou jovem (nome, idade, peso, altura, nº de processo, diagnóstico, entre outros) e que calcula a dosagem específica para aquela criança ou jovem de todos os fármacos que poderemos usar no intraoperatório, bem como a respetiva diluição e a quantidade em UI e ml do fármaco para perfazer a dosagem prescrita. No fundo esta partilha foi importante para ambos, tendo contribuído para que eu conseguisse observar em funcionamento as recomendações mais atualizadas, bem como um sistema de articulação e de gestão de stocks em parceria com a

farmácia hospitalar, que era no fundo a responsável pela monitorização e reposição do stock do serviço, sendo neste sentido contributos importantes para apresentar no meu serviço e em conjunto com a equipa refletir sobre melhorias a implementar.

Em seguida, fomos até ao armazém que dá suporte ao serviço. O sistema de armazenamento é muito semelhante ao do meu serviço, uma vez que também usam o armazém avançado com sistema de reposição por dois níveis (Teixeira, 2012). Ao contrário do que acontece no meu serviço, a responsabilidade pela monitorização de stocks é do armazém do hospital e não do próprio serviço, ou seja, é um elemento do armazém que vem duas vezes por semana validar os níveis de stock, fazer os respetivos pedidos, que aqui funcionam tal como recomendado por código de barras e por fim arruma todo o material que vem do armazém. A observação deste funcionamento, permite uma reflexão junto dos meus colegas e da minha chefia sobre as formas para otimizar o funcionamento da monitorização, fornecimento e armazenamento do stock no meu serviço.

A função deste 2º elemento é ainda a de monitorizar e fazer auditorias esporádicas e regulares a estes circuitos da farmácia e do armazém, no sentido de garantir o seu correto funcionamento, bem como a harmonia destes circuitos com as mais recentes recomendações e orientações. Esta função é da maior importância para a garantia da segurança e da qualidade para a prestação de cuidados.

Por ultimo, como responsabilidades do 2º elemento, encontram-se ainda o apoio à chefia na gestão do pessoal, sendo este elemento responsável pela aceitação e transcrição para o horário das trocas entre colegas, assegurando a garantia das regras do serviço sobre a distribuição das equipas.

Depois de me apropriar das suas funções, achei que era um momento oportuno para em conjunto partilhar um pouco da minha experiência no serviço e das reflexões que me acompanham. No fundo, entendo que é importante dar um feedback daquele que é o resultado da minha vivência ao longo das passadas três semanas que decorreram naquele serviço, bem como daquela que era a minha visão sobre aquela realidade.

Comecei por referir que a UCIN é uma unidade muito específica e emocionalmente muito pesada. O facto de ser uma unidade predominantemente cirúrgica e de diagnóstico médico complexo, faz com que o ambiente tenha

sempre um peso que lhe é muito particular. Foi tal como eu disse: "...hoje por exemplo, em 6 crianças internadas os motivos de internamento são 2 crianças em estudo para diagnóstico médico e 4 crianças em pós-operatório, encontrando-se ainda na unidade de intermédios 3 crianças, das quais 2 aguardam transferência para unidades de internamento de longa duração...", foi difícil para mim, do ponto de vista da gestão emocional, tal como sei que é ainda difícil para alguns elementos de lidarem com esta realidade. Palavras como "...o que as pessoas acham que fazemos e o que fazemos na realidade..." ou melhor, como uma enfermeira que trabalhava cumulativamente ainda noutra UCIN de um hospital privado me disse: "...sabes lá posso mesmo namorar com os meus meninos... não há meninos sedados... não há estes riscos na manipulação... lá podemos simplesmente estar a namorar com os pais e com os filhos...". Achei particularmente engraçada esta expressão do "...namorar...", é para mim no fundo o espelho de que "...o cuidar e o amor, são as forças cósmicas mais universais, espantosas e misteriosas..." (Watson, 2002b, p. 61). Compreendo perfeitamente o que esta enfermeira queria dizer. Um olhar mais ligeiro e desatento concluiria que o que estava a dizer é que nesta UCIN não havia espaço para a cumplicidade, para o afeto, para o "namoro", quando na realidade o que estava a transmitir é o peso da realidade que vive e que cuida e no fundo a expressão das suas incertezas. Foi muito fácil mostrar-lhe como ela tão bem cuidava destes meninos, logo pela sua alegria contagiante, pela forma como falava com "os seus meninos" enquanto lhes prestava os cuidados de higiene e conforto, pela persistência única em levar as crianças para o colo das suas mães e pelas conversas únicas tinha com as famílias... este era um "namoro" ainda mais intenso. Tal como disse a esta colega e que fiz questão de referir nesta reunião "...a forma como falam com estas crianças, a brincadeira e gargalhadas mais características em elementos mais novos, a tranquilidade e assertividade de outros elementos mais experientes permitem que a individualidade de cada um enriqueça e complete a harmonia e a perícia da equipa.". Estes enfermeiros não são apenas peritos no cuidar destas crianças e destas famílias, são particularmente peritos na gestão emocional da equipa, na articulação com a equipa médico-cirúrgica, na resiliência aos seus princípios. São peritos na arte do cuidar, do amor e da vinculação numa realidade tão dura quanto aquela que experimentam e vivem no seu dia a dia.

Referi ainda que são ainda uma equipa com um profundo sentido de responsabilidade ética e profissional num profundo respeito pela dignidade humana. Os cuidados centrados na família são a filosofia do cuidar em pediatria (OE, 2011), e se tivesse que eleger um pensamento que defina a minha vivência, sem dificuldade diria as palavras que tantas vezes ouvi, tantas vezes são ditas e espelham tão bem o seu cuidar “...pais e irmãos não são visita...”. Tantas vezes assisti a passagens de turno que se interrompiam sem constrangimentos para que se pudesse partilhar informação com pais que telefonavam... tantas vezes vi pais, mães e irmãos aparecerem já tarde, porque antes não lhes tinha sido possível e sempre tão bem-recebidos... tantas vezes vi ser incentivada a participação nos cuidados, chegando a ver cuidados de higiene e conforto a serem agendados de acordo com a disponibilidade dos pais.

Sinto que a minha vivência ao longo das passadas três semanas, foi particularmente importante para conseguir compreender a forma como numa realidade e num contexto tão adversos, à semelhança do meu contexto da prática clínica, os cuidados centrados na família são de facto uma condição para o respeito, defesa e qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Esta conversa foi igualmente muito importante para a enfermeira. Tal como referiu, seja pela sua responsabilidade no serviço, seja por ela ser também parte da equipa do serviço, viu nesta conversa uma oportunidade para compreender aos olhos de um elemento de fora do serviço, a forma como as crianças e as suas famílias são aqui cuidadas. Terminei tal como me referiu “... é reconfortante sabermos que quem vê de fora compreende que mais do que estarmos sempre certos, nos preocupamos e esforçamos em fazer cada dia melhor pelas crianças e pelas famílias.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient education and counseling*, 99 (2), 173-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.004>
- Casey, A. (1993). Development and use of the Partnership Model of Nursing Care. In E. Glasper & A. Tucker (Eds.), *Advances in child health nursing* (pp. 183-193). Middtesex: Scutari Press.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: na integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/0.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Rodrigues, J. Sousa, O., Caeiro, M. J., Fernandes, N., & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. Em Diogo, P. (coord.), *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (77-103). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Norma 020/2014 atualizada a 14/12/2015: *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde

European Operation Room Nurse Association (1997). *European Common Core Curriculum for Operating Department Nursing Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória*. Bélgica: EORNA

Fragata, J. & Martins L. (2004). *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.

Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5ª ed.). Temas e debates: Lisboa.

Hochschild (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.). (Vol 1 e 2) Loures: Lusociência

Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Intitute for Patient and Family Centered Care. Acedido a 05/02/2017, disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Kérrouac, S., Pépin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Maloine.

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Supplement). Acedido a 11-12-2016. Disponível em <http://www.fons.org/library/journal/volume5-person-centredness-suppl/article1>

National Child Stress Network (2004), *The pediatric medical traumatic stress. A comprehensive care*. Acedido em 20/02/2017, disponível em <http://www.nctsn.org/trauma-types/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-for-health-care-providers>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017, disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2a série, N.º 26 (6-02-2019) 4744 – 4750.

Smith, P. (1992). *The emotional labour of Nursing: Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in Nursing*. Houndmills: Macmillan.

Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nurse care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253-261. doi: 10.1016/j.nepr.2008.08.009

Teixeira, D. R. V. (2012). *Armazém Avançado em contexto hospitalar: método de reposição por níveis*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro. Acedido a 2/10/2017, disponível no REIT em <http://hdl.handle.net/10773/9340>

UNICEF. (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança: adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 07/01/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

UNICEF. (1990). Declaração de Innocenti sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Acedido em 01/10/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/Unicef_Declaracao_Innocenti_1990.pdf

Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Watson, J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

World Health Organization (2016). A69/39 - Framework on integrated, people-centred health services. Genébra: WHO

Apêndice III
Atividades de Estágio no Serviço de Urgência Pediátrica



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

Guia de Atividades de Estágio
Serviço de Urgência Pediátrica

Mestrando:

Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes

Lisboa
Novembro de 2017



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

**Guia das Atividades de Estágio
Serviço de Urgência Pediátrica**

Mestrando:
Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes n.º 7328

Docente Orientador:
Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeiro Orientador:
Enfermeira Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem
Alexandra Sousa

Lisboa
Novembro de 2017

ÍNDICE

SUMÁRIO	3
a) Enquadramento conceptual	4
b) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados	7
c) Apresentação do local de estágio	13
d) Jornal de Aprendizagem – “Um momento de crise na sala de reanimação”	14
e) Diário de Campo – “Promoção da vinculação e suporte da parentalidade no serviço de urgência pediátrica”	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
APÊNDICES	33
APÊNDICE I - Guia de preparação de fármacos na sala de reanimação	34

SUMÁRIO

A elaboração deste Guia Orientador das Atividades de Estágio, enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, integrada no 3º Semestre do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A elaboração do presente documento, tem como base o meu projeto de estágio que parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que será analisado à luz dos quadros de referência do cuidar em enfermagem à criança ou jovem e sua família. Esta problemática, irá simultaneamente permitir a articulação com a definição de um percurso formativo que decorrerá nos diferentes contextos da prática, por forma a promover o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Este desenvolvimento de competências, terá como base a metodologia reflexiva e a prática baseada na evidência, na medida em que são condições para o desenvolvimento do conhecimento enquanto mestrando e futuro EEESIP.

Assim, o desenvolvimento do projeto parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que se relaciona com a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório. A experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família (Diogo, 2015, 2017). Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a incerteza, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como etimologia do *distress* da criança ou jovem e da família no perioperatório.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), pelo seu lado, define os cuidados centrados na família como filosofia central do cuidar em pediatria, segundo a qual o suporte emocional é um pilar essencial (Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), 2017; OE, 2010). Watson (2002a, 2002b), refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Já a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP) (2006), pelo seu

lado, define o propósito da enfermagem perioperatória na orientação do cuidar para a pessoa e na garantia da sua segurança física e emocional.

Desta forma, são meus objetos de estudo a compreensão da experiência emocional da criança ou jovem e família no perioperatório, e a identificação das intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

g) Enquadramento conceptual

Cuidados Centrados na Família

A publicação da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada em 1988, foi um marco muito importante na história dos direitos das crianças. Ela veio defender o melhor interesse da criança e promover o seu bem-estar, na medida em que identifica os direitos essenciais das crianças durante o período em que estão hospitalizadas (UNICEF, 1990).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), pelo seu lado, identifica o cliente pediátrico num binómio indissociável de que fazem parte a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa. Identifica como responsabilidade do enfermeiro, o trabalho em parceria com a criança ou jovem e família/pessoa significativa, devendo para isso promover a educação para a saúde e capacitar o cliente, bem como adequar o suporte familiar e comunitário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em continuidade com a sua resolução de 2009, integra os cuidados centrados na pessoa como política nuclear no fortalecimento dos sistemas de saúde e na garantia da qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2016).

A European Operation Room Nurse Association (EORNA) (1997), evoca à defesa do cliente, familiares e outras pessoas significativas referindo o seu direito de receber as informações necessárias, bem como o suporte emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios. Já a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) (2006), fundamenta o seu propósito e desígnio na defesa e orientação dos cuidados de enfermagem perioperatórios para a pessoa, tendo como base

uma parceria cujo objetivo é garantir a sua segurança física e emocional, prevenindo a infecção e os acidentes.

Tal como McCormack *et al.* (2015) referem, a evidência reflete a evolução da prática e dos cuidados, no sentido dos cuidados centrados na pessoa. O Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), refere que os cuidados centrados na família têm como base integrar na prática clínica a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa, na perspetiva do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, bem como na dimensão do desenvolvimento de políticas organizacionais e institucionais dos cuidados de saúde. A parceria estabelecida entre os prestadores de cuidados e os clientes, elemento central dos cuidados centrados na família, são nucleares na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, ao mesmo tempo que promovem o bem-estar e a satisfação dos clientes (IPFCC, 2017).

O modelo dos cuidados centrados na família está assente em quatro pilares conceptuais: dignidade e respeito; partilha de informação; participação; e colaboração. O IPFCC enquadra ainda como elementos centrais na filosofia dos cuidados centrados na família, o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança, o respeito pelos diferentes métodos de *coping*, a promoção da rede e suporte entre famílias, a resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, a promoção de políticas de suporte emocional e financeiro das famílias e a resposta às necessidades dos clientes, atendendo e respeitando a diversidade cultural (IPFCC, 2017).

Os Cuidados Centrados na Família no Paradigma da Transformação

A orientação para a pessoa, é a base da diferenciação da disciplina da enfermagem de outras disciplinas, e decorre de um percurso histórico de identificação e precisão do seu próprio domínio da investigação e da prática clínica. (Kérouac, Pépin & Ducharme, 1994). O Paradigma da Transformação, cujo enquadramento histórico é posterior a 1975, define-se na conceptualização de que cada fenómeno é único, estando em constante interação recíproca com uma unidade global e de maior dimensão, o mundo que a envolve. É neste paradigma que Watson integra o seu contributo para a enfermagem. Parte de uma preocupação e de um mal-estar, “o sofrimento humano e ecológico é

comum por todo o mundo, o cuidar que restaura, e o antigo sagrado feminino que a enfermagem simboliza, foi ferido e necessita de ser curado.” (Watson, 2002a, p.6). Watson enquadra-se num movimento de enfermeiros cuja inquietude faz emergir um novo paradigma orientado para aquele que entende como o arquétipo da enfermagem, a energia sagrada feminina do cuidar-curar. Evoca ao reacender da luz que ilumina o caminho em direção ao pós-moderno, guiado pela cosmologia transpessoal e transcultural, num propósito humanista de profundo respeito pela dignidade (Watson, 2002a). Segundo Watson (2002a, 2002b), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar.

A experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório

Assim, importa definir que, de acordo com Damásio (2012), se entende por emoções as respostas químicas e neurais a estímulos que se manifestam na dimensão física enquanto alterações corporais e na dimensão da mente enquanto sentimentos, ou seja, o resultado da tomada de consciência da emoção.

Mas foi a socióloga Hochschild (1983) que, ao estudar as emoções e o seu estreito relacionamento com a ação, trouxe para o conhecimento um novo conceito a que chamou de *emotional labour*, ou seja, trabalho emocional. Por sua vez, Smith (1992, 2009), integra este conceito na prática dos cuidados de enfermagem, descrevendo a capacidade, que mais do que inata deve ser aprendida e treinada, do enfermeiro em gerir e superar os seus sentimentos e conflitos internos, com fim a induzir a segurança e tranquilidade essenciais para o bem-estar e satisfação do cliente. Em sua continuidade, Diogo (2015) evidencia a dupla centralidade do trabalho emocional dos enfermeiros, na medida em que através de um processo de gestão emocional, os enfermeiros procuram regular a disposição emocional para cuidar e, simultaneamente, promover um ambiente e contexto de cuidados mais seguro, tranquilo e afetuoso – um cuidado emocionalmente competente.

Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a invasibilidade, a incerteza sobre o desenrolar do procedimento, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como causas importantes para o *distress*

da criança ou jovem e da família. Segundo Diogo (2015), a experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família, sendo que especificamente no contexto perioperatório, a falta de preparação, falhas de comunicação, bem como a incerteza e as significações individuais, têm um impacto extremamente negativo na dinâmica familiar (Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016). É neste enquadramento, que defino como problemática a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório, sendo esta predominantemente negativa e perturbadora, e caracterizada por vivências emocionalmente intensas associadas à cirurgia.

h) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados

Tendo em vista o desenvolvimento das competências do EEESIP defini como objetivos gerais do projeto de estágio:

- Desenvolver competências de EEESIP, tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença;
- Desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pela filosofia dos cuidados centrados na família, visando a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

Para além dos objetivos gerais, foram, também, estabelecidos objetivos específicos, atividades e as competências a desenvolver que apresento em seguida em forma de tabela.

Serviço de urgência Pediátrica

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências desenvolvidas
- Conhecer a dinâmica organizacional, a estrutural do serviço e as concepções/modelos orientadores da prática clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos manuais, normas e procedimentos do serviço - Entrevista ao Enfermeiro chefe e/ou de referência <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de Guião da entrevista ▪ Apresentação do projeto e negociação das atividades a desenvolver - Observação da prática de cuidados e reflexão com o enfermeiro orientador 	<ul style="list-style-type: none"> - Manuais, normas e procedimentos do serviço/instituição; - Guião da entrevista 	

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e família que visam a promoção dos cuidados centrados na família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre as práticas no contexto clínico; - Consulta dos diagnósticos, intervenções e resultados no sistema informático para identificar os mais frequentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem - Ciclo Reflexivo de Gibbs - Carta terapêutica 	<p>A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das estratégias de comunicação da equipa de enfermagem com a criança ou jovem e família; - Mobilização de estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem 	<p>E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento</p>

- Promover a expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver;	- Estimulação da expressão emocional da criança ou jovem e família mobilizando técnicas adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento	- Brincar - Desenho - Leitura de histórias - Carta terapêutica	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem
- Promover a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família	- Identificação das necessidades emocionais e afetivas da criança ou jovem e família;	- Escuta ativa e abertura à experiência emocional - Carta terapêutica - Brincar, desenho e leitura de histórias - Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e

	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte emocional à criança ou jovem e família, tendo como base o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, a parceria de cuidados (orientada por uma comunicação adequada e informação clara) e a filosofia de cuidados centrados na família 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de gestão emocional (sensibilidade vigilante; procura de informação prévia; disponibilidade; preparação para os procedimentos; postura calma e tranquila; envolvimento familiar) - Brincar, desenho e leitura de histórias - Meios de tecnologia audiovisuais - Diário de Aprendizagem - Ciclo de Gibbs 	da reinserção social da criança/jovem
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados urgentes/emergentes à criança ou jovem e à família; - Identificar as estratégias e fontes de suporte da criança ou jovem e família para a sua gestão emocional; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre a prestação de cuidados do Enfermeiro de referência; - Colaboração e reflexão sobre a prestação de cuidados à criança ou jovem e família com o Enfermeiro de referência; 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem - Carta terapêutica - Ciclo Reflexivo de Gibbs - Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes 	<p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</p> <p>E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Promover o reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família - Promover a capacitação da criança ou jovem e família para os comportamentos promotores de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de um Diário de Aprendizagem tendo como base uma situação significativa; - Prática baseada na evidência 		<p>risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</p> <p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p>
---	---	--	--

a) Apresentação do local de estágio

O SUP acolhe crianças ou jovens até aos 18 anos de idade, e suas famílias, cujo processo de saúde-doença requer a prestação de cuidados urgentes/emergentes. Recorrem a este serviço por sua livre escolha em regime de ambulatório, através do INEM, ou por encaminhamento da linha telefónica SAÚDE 24, dos Cuidados de Saúde Primários ou da rede hospitalar periférica. Contudo, face à particularidade deste SUP estar integrado num Centro Hospitalar que oferece aos seus clientes a globalidade das especialidades médico-cirúrgicas em idade pediátrica, assume-se como a referência para crianças que face à especificidade do seu problema de saúde, necessitam de cuidados de saúde especializados urgentes/emergentes; servindo de exemplo crianças ou jovens com problemas de saúde relacionados com disfunções neurológicas, hematológicas, oncológicas, entre outros.

A sala de espera representa assim, o primeiro espaço de contacto dos clientes com o SUP, estando habitualmente lotada de crianças, jovens e suas famílias que aguardam nos diferentes cursos e processos da sua experiência de hospitalização. É precisamente, no sentido de minimizar este impacto negativo, que a sala de espera oferece uma pequena televisão sintonizada num canal infantil e uma mesa com cadeiras, onde se podem encontrar lápis coloridos e papéis para que as crianças e jovens que assim o desejem possam brincar e desenhar. Esta oferta, visa a promoção do conforto e bem-estar com recurso à distração e à brincadeira com base em fontes e que lhes são familiares, e que vêm de certa forma romper com a agitação e descontextualização que caracterizam habitualmente a experiência de hospitalização no SUP (Diogo, 2015, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014).

O SUP é assim um serviço que está dividido em duas áreas principais: a área do ambulatório e a área do internamento. No que diz respeito ao ambulatório, este é constituído pela sala de triagem, uma sala de reanimação, uma sala para administração de oxigenoterapia, uma sala para realização de colheitas sanguíneas e administração de terapêutica, uma sala para a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos e várias salas de observação médica. Por sua vez, na área do internamento, o Serviço de Observação (SO) é destinado a internamentos de curta duração, não superiores a 24 horas, dispondo de 6

camas para internamento e uma sala de trabalho. As paredes do SUP revestem-se daqueles que são os referenciais legais e éticos, bem como de um conjunto de informação de carácter mais técnico num propósito de esclarecimento, transparência e partilha de informação com os seus clientes.

Quanto à equipa de enfermagem, importa referir que sendo uma equipa predominantemente jovem, é composta por vários EEESIP e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), aos quais acrescem ainda alguns elementos que estão nos diferentes cursos do seu mestrado e especialidade. O método de trabalho no SUP resulta de uma articulação do método individual de trabalho, com o método funcional. Assim, enquanto em ambulatório, o método de trabalho é predominantemente o funcional, ficando cada enfermeiro alocado a um posto de trabalho, como por exemplo a sala de triagem ou a sala de tratamentos. Pelo contrário, no que diz respeito ao internamento, o método de trabalho é o individual, privilegiando assim a individualização na prestação dos cuidados. Segundo Watson (2002b), o cuidar emerge e reveste-se num propósito profundamente altruísta, de respeito pela pessoa e pela sua dignidade, e é de facto numa estreita articulação entre os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos que emerge o cuidar de enfermagem no SUP. A permanência de um familiar ou pessoa significativa junto da criança ou jovem, a disponibilidade constante para partilha da informação, a forma como capacitam os familiares para que participem ativamente nos cuidados aos seus filhos, a preparação para os diferentes procedimentos e o recurso às diferentes estratégias para controlo e prevenção da dor, são alguns dos exemplos que sendo predominantemente transversais na equipa, refletem o respeito e o altruísmo que orientam a prestação de cuidados no SUP (Hockenberry & Wilson, 2014; IPFCC, 2017; NCSN, 2004).

b) Jornal de Aprendizagem – “Um momento de crise na sala de reanimação”

Descrição:

Eu estava a chegar ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) quando me apercebo de alguma agitação na sala de espera, um pai ansioso e triste tentava acalmar a filha que chorava compulsivamente. Enquanto entrava no serviço, as portas automáticas abriram-se, rompendo subitamente a imagem de uma mãe, encostada a uma parede, ajoelhada e abraçada a si mesma, chorava inconsolada, repetindo: "... a minha filha... a minha filha...". A minha orientadora disse-me: "Vamos dar apoio na sala de reanimação". Entrámos na sala de reanimação, onde se encontrava a Maria (nome fictício), com 6 anos, tinha recorrido ao SUP transportada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em contexto de uma crise convulsiva de etiologia desconhecida. A informação foi partilhada pela enfermeira que estava a completar o turno da noite, referindo que a Maria tinha dado entrada no SUP pelas 7 horas da manhã, tendo o INEM sido ativado pelas 5 horas e 30 minutos. À entrada no SUP a Maria encontrava-se com convulsões tónico-clónicas (Hockenberry & Wilson, 2014), estando nesse contexto a ser seguido o "PROTOCOLO DE SERVIÇO DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE CRISE CONVULSIVA", devidamente afixado na parede da sala de reanimação. Fomos informados que tinha sido já despistada a administração de dupla subdosagem de Diazepam pelo INEM no contexto extra-hospitalar e que se encontravam no momento a aguardar os 10-20 minutos após a administração de Fenobarbital numa dosagem de 10mg/Kg, sendo que o processo de saúde-doença experimentado pela Maria tinha evoluído para convulsões mioclónicas (Hockenberry & Wilson, 2014), focalizadas no membro superior direito e no maxilar inferior, manifestando-se por movimentos de mastigação.

Ao mesmo tempo que recebíamos toda esta informação, a minha enfermeira orientadora apontava a informação num papel descartável, cuja sua indicação é de limpeza das mãos após a lavagem. Apercebi-me ainda de alguns apontamentos no resguardo de papel que cobre a marquesa onde a Maria estava deitada. Estava a terminar a minha primeira semana de estágio e era a primeira vez que estava a presenciar o funcionamento da equipa naquele contexto.

Tendo a minha enfermeira orientadora ficado responsável pela prestação de cuidados à Maria, comecei de imediato a pensar sobre de que forma poderia promover o suporte à mãe da Maria, que estava visivelmente num momento de

profunda crise emocional, chorando tudo o que se estava a passar com a sua filha, do lado de fora de uma porta fechada que a deixava abandonada aos seus receios, à sua profunda tristeza e ansiedade, num previsível turbilhão de dúvidas e receios que se autoalimentavam pela ausência de informações.

A definição de estratégias para suporte da mãe, foi interrompida pela necessidade de administração terapêutica face à persistência de convulsões mioclónicas. A equipa médica do SUP é muito vasta e estavam presentes na sala duas médicas que eu não conhecia e que conversavam entre si sobre a estratégia terapêutica a adotar. Subitamente, entrou na sala um médico que questionou o motivo para uma das médicas estar ali naquela sala quando o “posto” dela era na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). A médica justificou a necessidade de estar ali face ao desenvolvimento do processo de saúde-doença da Maria. O médico entrou na sala e em conjunto com as duas médicas avaliou o estado da Maria, tendo sugerido a administração do bólus de Midazolam. Abandonou a sala levando a médica que antes de sair disse: “Faz-lhe então os 0,20 por kg e chama um sénior para te acompanhar”. A médica prescreveu então um bólus de 0,20µg (microgramas)/Kg, tal como estava afixado no Protocolo. Olhando para o seu telemóvel, ao qual tinha recorrido para realização dos necessários cálculos, prescreveu: “Administrem 4,6 microgramas de Midazolam por favor”.

A minha enfermeira orientadora, pegou noutra papel e começou a fazer os cálculos necessários para perfazer a dose prescrita. Referi-lhe de imediato que estava disponível para a ajudar, contudo, apesar de não ser perito naquele contexto da prática clínica, nem em tão pouco no protocolo de intervenção, sou sim perito em farmacologia anestésica pediátrica e referi que me parecia uma dose exageradamente baixa para o peso da criança. A minha enfermeira orientadora, abandonou a sala no sentido de validar e agilizar o cálculo da dosagem, consultando para esse efeito um colega. De imediato recorri à evidência disponível *on line* através do meu telefone e rapidamente acedi à *American Epilepsy Society Guideline: Treatment of Convulsive Status* (Glauser *et al*, 2016) e em seguida às Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para o tratamento do mal epilético em idade pediátrica (Carrilho & Monteiro, 2007). Tal como suspeitava, havia um erro muito grave na prescrição médica, uma vez que a dose recomendada não eram os 0,20µg/Kg, mas antes

0,20mg/Kg, e desta forma, a dosagem adequada ao peso da Maria seriam 4,6mg/Kg em vez dos 4,6 µg/Kg prescritos. Era uma prescrição 100 vezes inferior à recomendada que se iria juntar aos dois erros de subdosagem terapêutica já realizados pelo INEM.

De imediato alertei a médica que, embora surpresa, rapidamente consultou um manual que trazia consigo, tendo concordado em pleno com a minha avaliação, e nesse sentido reformulado a prescrição para 4,6mg de Midazolam. Preparei o fármaco e saí da sala ao encontro da minha enfermeira orientadora, para a informar sobre a alteração da prescrição e do erro que tinha despistado. Confrontada com a minha descrição, ficou surpresa, agradecendo a minha persistência. Deslocámo-nos até junto da Maria, administrámos o Midazolam e as convulsões mioclónicas converteram ao fim de cerca de 5 minutos. Enquanto aguardávamos o efeito do Midazolam, eram cerca das 8 horas e 20 minutos da manhã, entrou uma médica, que percebi ser a chefe de serviço no SUP. Logo em seguida, entraram mais alguns médicos, que fazem parte da equipa fixa do SUP. A médica que estava a acompanhar a Maria, apresentou à restante equipa médica toda a evolução do processo de saúde-doença que culminaram na estabilização e conversão da crise convulsiva. A equipa entendeu ser indicada a realização de exames complementares de diagnóstico para diagnóstico da etiologia desta crise.

Saímos com a Maria da sala de reanimação para realizar os exames, as portas do SUP abriram-se e do lado de fora estava a mãe que se encontrava abraçada ao pai da Maria que tinha a irmã da Maria ao colo, uma criança aparentemente com 2 a 3 anos, com os olhos vermelhos de tanto chorar. Estava explicada a agitação que tinha observado aquando da minha entrada no SUP, era o pai da Maria, que tentava acalmar a irmã que tinha presenciado a irmã com a crise convulsiva. A médica dirigiu-se para junto dos pais referindo que a Maria já se encontrava estável, tendo revertido a crise convulsiva, e que ia agora realizar os exames necessários para diagnosticar a etiologia desta crise. Enquanto a médica falava com os pais a irmã da Maria, chorava e gritava: “Mana!!!! Mana!!!! Mana!!!”. Eu olhei para ela e disse-lhe “A tua mana agora está só a dormir querida. Ela estava muito cansada, e agora está a fazer um ó-ó.” O pai olhou para mim e disse-me: “Ela quer dar-lhe o Bé. É o ursinho dela. Ela está assutada e quer dá-lo à mana”. Sem hesitar, disse-lhe: “Queres dar o ursinho à

mana e dar-lhe um beijinho?” E soluçando o seu chorar triste acenou que sim. Peguei nela ao colo levando-a junto da Maria, e disse-lhe “Agora podes dar-lhe um beijinho”. No meio de todo aquele ambiente confuso, pessoas que passavam de um lado para o outro, telefones que tocavam e portas que abriam e fechavam, o beijinho da sua pequena irmã que apenas queria dar-lhe o seu ursinho protetor numa explosão do amor único vivido entre irmãos, transportou-nos a todos para o calor do amor vivido e sentido no seio de cada família.

A Maria foi fazer todos os exames sempre acompanhada e protegida pelo “Bé”, quando voltou, ficou internada no Sala de Observação (SO), acompanhada pelos pais e pela sua irmã que aguardavam com maior calma e tranquilidade que a Maria acordasse. A mãe, numa expressão de alívio desabafou “...ainda não sabemos o que é, mas agora ela está a dormir e nós estamos junto dela”

Sentimentos:

Esta vivência foi muito intensa para mim e a forma como tentei lidar com ela foi uma expressão clara da dupla centralidade do trabalho emocional em pediatria, tal como referido por Smith (1992, 2009) e por Diogo (2015, 2017).

Em primeiro lugar, foi com chocante surpresa que vi uma mãe sozinha e abandonada à porta de uma sala de reanimação, entregue à solidão, às dúvidas, às incertezas e à fria separação da sua filha murada por uma porta encerrada. Não sabendo o que se estava a passar, se o facto de não ter entrado era uma opção sua, se estava ali sozinha por não ter mais ninguém, ou se era porque assim o queria, se já alguém estava a acompanhar e suportar esta mãe e o facto de a abordar poder ser ainda mais desestabilizador, entendi que deveria em primeiro lugar inteirar-me do que se estava na realidade a passar.

Quando por indicação da minha enfermeira orientadora entrei na sala de reanimação e fui confrontado com a Maria que mantinha ainda as convulsões mioclónicas, fui rapidamente confrontado com outra questão que me deixou ainda mais surpreso e perplexo, o facto de que os registos eram apontados num toalhete de papel para as mãos e no resguardo da marquesa. Senti-me de certa forma tão surpreso quanto inseguro, uma vez que nunca imaginei que naquele contexto da prática clínica fosse possível esta realidade. Não sendo um contexto em que sou perito, mas talvez pelo facto de no início da minha carreira

profissional já ter sido enfermeiro num serviço de urgência central de adultos, senti-me desconfortável, pelo que recorrendo à minha autoconsciência (Goleman, 2012), estando ciente por um lado da gravidade da situação da Maria e por outro o risco de estar a realizar uma má interpretação do momento que estava a experimentar, achei por bem focalizar-me apenas na questão da mãe, relativizando naquele momento a gravidade identificada na elaboração dos registos.

Fui novamente surpreso pela conduta e organização da equipa médica. No meio daquele contexto que se arrastava já desde as 5 horas e 30 minutos, ou seja, há quase 3 horas, subitamente a preocupação descentrou-se da Maria para a médica que estava a dar apoio naquela situação e que pelos vistos era da UCIP e não do SUP. Mais grave ainda foram as suas ultimas palavras aconselhando a presença de uma sénior na sala. Senti-me completamente estupefacto e impotente num contexto que não era o meu, com profissionais que ainda mal conhecia.

Mas antes que pudesse tomar qualquer atitude junto da minha orientadora, irrompeu o erro na prescrição do Midazolam. Ao longo dos meus 12 anos de prestação de cuidados, uma das coisas em que de facto sou perito é na priorização dos cuidados. É fundamental no meu contexto da prática clínica, não o esquecimento, mas antes a capacidade de saber o que é prioritário, relativizando o que é menos prioritário e garantindo que a persistência individual não permite o seu esquecimento. São no fundo instrumentos essenciais para a minha prestação de cuidados e para a essencial regulação da disposição emocional para cuidar (Diogo, 2015, 2017). Naquele momento, a prioridade era a Maria e assegurar que a dosagem era a adequada. A surpresa e a impotência que até ali eram dominantes, foram substituídas pelo sentido de dever e pela minha responsabilidade profissional. Sinto-me feliz e concretizado por ter por um lado contribuído para prevenir um erro grave e por ter contribuído para o tratamento da crise convulsiva da Maria, mas, por outro lado, por ter identificado a origem deste erro, a identificação errada da dosagem no protocolo impresso na sala de reanimação.

Sinto-me ainda feliz pela forma como colaborei na gestão emocional da irmã da Maria. Percebendo que estava visivelmente triste pela experiencia tentei tranquiliza-la, explicando-lhe que estava apenas a dormir. Com isso identifiquei

o que estava verdadeiramente a provocar aquela tristeza em si. Ela tinha presenciado a crise convulsiva da irmã e no fundo o que queria era proteger a irmã, dando-lhe o ursinho que a protegia a ela. Esta expressão de amor entre irmãs foi não só tranquilizadora para a pequena irmã, como provocou uma explosão de palavras e afetos da equipa para com a Maria e sua irmã, palavras como “querida”, “amor” ou “maninha”, fizeram-se acompanhar de pequenos afetos como o ter vindo ao meu colo ou a festinha que a minha enfermeira orientadora lhe fez, nutrindo desta forma os cuidados com afeto (Diogo, 2015, 2017).

Do desenvolvimento desta vivência emergem ainda o sentimento de dever e de missão. Consciente da minha responsabilidade ética e profissional, à qual acresce a minha consciência sobre o importante contributo que podia dar naquele contexto da prática clínica, entendi que no final do turno, depois de toda esta experiência ser refletida por mim e pela minha enfermeira orientadora, deveria promover um pequeno momento informal de reflexão sobre aquele erro e tentar em conjunto definir estratégias para prevenir a ocorrência futura destes erros.

Avaliação, análise e conclusão:

Esta vivência foi extremamente desafiante do ponto de vista emocional. Face ao desencadeamento dos eventos que no fundo representaram permanentes impulsos que estimularam o meu desconforto e a minha impotência em lidar com toda aquela situação, foi muito positiva do ponto de vista da minha gestão emocional, ou seja, a forma como consegui ir gerindo emocionalmente toda aquela situação, permitindo o meu foco nas situações que iam progressivamente surgindo como prioritárias.

Assim, face à minha persistência, consegui identificar atempadamente um erro medicamentoso muito importante e que veio promover a adequação do tratamento da crise convulsiva da Maria. A origem deste erro na prescrição estava na elaboração do “PROTOCOLO DE SERVIÇO DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE CRISE CONVULSIVA”, ou seja, onde estava escrito “Midazolam - 0,15 - 0,20µg/Kg” deveria estar “Midazolam - 0,15 - 0,20mg/Kg”. Tal como referido, sustentei a minha avaliação na evidência, recorrendo à

American Epilepsy Society Guideline: Treatment of Convulsive Status (Glauser *et al*, 2016) e às Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para o tratamento do mal epilético em idade pediátrica (Carrilho & Monteiro, 2007). Durante a reflexão que fiz com a minha enfermeira orientadora e que depois se alargou à enfermeira chefe, fui despistando um certo desconforto relativamente à equipa médica que tinha ficado responsável pela Maria. A identificação do erro no protocolo foi comunicada à Diretora Clínica do SUP que se mostrou não só disponível como empenhada em colaborar na sua correção. No final do turno, o erro tinha já sido temporariamente corrigido com um autocolante no protocolo que estava fixo na parede, tendo sido igualmente solicitada a produção pelos serviços gráficos de um novo protocolo, já corrigido, para a devida fixação na sala de reanimação.

Mas da reflexão conjunta com a minha enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe, compreendi que estavam identificadas dificuldades da equipa na preparação da medicação, face à necessidade de cálculos e preparação rápida de fármacos em contexto emergente. Na realidade, o erro terapêutico surge como sendo das etiologias mais frequentes de eventos adversos em clientes hospitalizados, calculando o *Institute of Medicine* que os clientes hospitalizados estão sujeitos em média a um erro com medicação por dia (Aspden, 2007; Vries, 2008). A prevalência do evento adverso assume uma preocupação particular no contexto dos cuidados de saúde pediátricos, sendo o erro terapêutico cerca de três vezes superior à da população adulta (Fragata & Martins, 2014). Entendi assim que era minha responsabilidade enquanto futuro especialista, contribuir para a segurança dos clientes, sugerindo assim, a elaboração de um guia que facilitasse por um lado todos os cálculos necessários à preparação dos fármacos e por outro assegurasse a uniformização das práticas entre a equipa de enfermagem. Foi assim, no sentido da concretização do objetivo de - *colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados urgentes/emergentes à criança ou jovem e à família* elaborei o **“GUIA DE PREPARAÇÃO DE FÁRMACOS NA SALA DE REANIMAÇÃO”** (Apêndice I). Este guia foi elaborado para dar suporte à equipa na sala de reanimação, tendo como propósito a consulta rápida e a identificação imediata da dosagem adequada ao peso, bem como a forma de preparação. Importa salvaguardar que o SUP tem um dossier para os fármacos utilizados no SUP, contendo informação

mais pormenorizada como Classificação, Farmacocinética, compatibilidades entre outros. Contudo, este não é um documento de consulta fácil e rápida, justificando assim o propósito da elaboração do guia.

Nesta reflexão conjunta, abordei ainda a questão dos registos de enfermagem na sala de reanimação e na necessidade que tinha identificado num documento de suporte.

Esta vivência foi muito positiva na medida em que pela sua complexidade contribuiu de forma muito particular para a concretização dos objetivos de - *colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados urgentes/emergentes à criança ou jovem e à família; desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; promover a expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver; essenciais para a identificação das estratégias e fontes de suporte da criança ou jovem e família para a sua gestão emocional; permitindo assim a “promoção do reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família”.*

Agenda:

Como atividades a realizar que decorram e resultam desta intensa e única vivência, ficam a elaboração do **“GUIA DE PREPARAÇÃO DE FÁRMACOS NA SALA DE REANIMAÇÃO”** (Apêndice I)

c) Diário de Campo – “Promoção da vinculação e suporte da parentalidade no serviço de urgência pediátrica”

Durante um turno no percurso do meu estágio, fiquei com a minha orientadora na triagem. Tal como era hábito, um interno de pediatria tinha vindo buscar o termómetro timpânico e esquecera-se de o trazer de volta, pelo que fui à procura do aparelho nos gabinetes médicos. Enquanto estava a percorrer os gabinetes médicos, passei em frente da sala de observação do ambulatório, onde observei uma enfermeira que estava a alimentar um bebé com leite

adaptado. Chamou-me à atenção o carinho e a ternura da sua voz enquanto dizia “vamos lá bebé... papinhas... temos que papar tudo...”. Junto à enfermeira, estava a mãe, com uma palidez cutânea que espelhavam o seu profundo cansaço e desgaste. “Vamos filha!!! Papa amor...”. Suplicava-lhe num misto que se adivinha de ansiedade e de exaustão. À porta estavam dois médicos que observavam o recém-nascido a alimentar-se, ao mesmo tempo que discutiam clinicamente o seu plano de intervenção. Falavam em “análises... estabilizar a alimentação...”. A mãe olhava para os médicos tentando decifrar o que estavam a dizer e adivinhando o diagnóstico. A exaustão física e emocional da mãe, agravada pela tentativa de alimentação com leite adaptado e aquele ambiente da equipa médica a discutir planos de intervenção, fundamentaram a minha decisão, assente no princípio de que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, são a base da autenticidade e honestidade do cuidar (Watson, 2002a, 2002b); em compreender melhor o que estava a acontecer, e intervir no sentido de suportar a mãe e o recém-nascido neste processo de saúde-doença.

Encontrei o termómetro e dirigi-me à triagem, tendo entregue o aparelho à minha orientadora, a quem relatei a minha observação e a minha intenção de intervenção. Esta sugestão foi prontamente aceite pelo que me desloquei até à sala onde se encontravam.

Entrei na sala cumprimentando o bebé e a mãe e apresentei-me. A minha colega continuava a tentar alimentar o bebé, mas ele já estava muito adormecido. À medida que me aproximava, fui-me apercebendo do seu tom de pele. Apesar de estar todo vestido, a tonalidade da face era predominantemente amarelada, e apesar de adormecido, enquanto a enfermeira o estimulava ele abria o olho, permitindo também observar as escleróticas amareladas.

Não foi preciso muito para a mãe falar comigo, tendo bastado me dirigir ao bebé, perguntando-lhe: “Então meu amor, o que te trás aqui?”. A mãe disse-me logo que ele estava amarelo e que não estava bem. “...os Doutores estão a tentar perceber o que se passa com o Henrique (nome fictício)” e a minha colega complementou “Ele é um preguiçoso... tem muito soninho e não quer papar.” Falámos um pouco e de facto o que tinha feito a mãe recorrer com o Henrique, um recém-nascido de 10 dias, ao SUP foi a icterícia que segundo a mesma inicialmente era só das escleróticas e agora já era da face. Pedi à minha colega,

no sentido de não ser intrusivo, nem disruptivo, se ela estaria de acordo que eu falasse um pouco com a mãe, uma vez que me parecia estar emocionalmente exausta. A colega aceitou sem constrangimentos, tendo passado o Henrique para o colo da mãe e saído da sala.

Comecei por referir: “Olhe mãe, quero antes demais explicar-lhe que é apenas minha intenção de certa forma tentar dar um pouco mais de suporte a este momento que está a viver. Compreendo que o que a trouxe cá foi este amarelado que parece estar a aumentar, mas para conseguir de facto ajudar, era importante tentar compreender melhor o que aconteceu até aqui. Acha que pode ser?” A mãe, não estando muito entusiasta à partida, aceitou a minha proposta. Comecei por perguntar se tinha consigo o boletim de grávida, bem como o boletim de saúde infantil e juvenil e se os podia consultar. Prontamente disponibilizou os dois boletins os quais consultei com a maior atenção.

Compreendi assim que o Henrique era o primeiro filho, tendo nascido às 39 semanas e 2 dias, por cesariana, em contexto de trabalho de parto induzido com Ocitocina, o qual decorreu, segundo informação médica, sem intercorrências. Nasceu com 3.400 Kg com Índice de Apgar 9/10. Tiveram alta hospitalar para o domicílio ao 3º dia de vida, tendo o Henrique 3.210 Kg em amamentação exclusiva. Ao 8º dia de vida terá recorrido ao Centro de Saúde por motivo de icterícia das escleróticas. Pesava 3.230 Kg, mantendo-se em amamentação exclusiva. Na altura, o médico que o observou, diagnosticou a icterícia neonatal indicando a introdução de leite adaptado alternado com leite materno. Devolvi os boletins à mãe, validando simultaneamente que este era o 10º dia de vida do Henrique e que ele tinha já sido pesado no SUP, apresentando agora 3.225 Kg.

Em seguida, não conseguindo observar o Henrique a mamar e assim avaliar a sua pega, uma vez que estava já a dormir depois de se ter alimentado de leite adaptado, tentei compreender de que forma estava a decorrer a adaptação da mãe e do Henrique à amamentação. A mãe referiu que estava tudo a correr bem, que não bolsava e que normalmente arrotava. Tentei então compreender a perceção da mãe relativamente à sua produção de leite e a possíveis complicações, ou seja, se sentia ingurgitação mamária, se a amamentação era dolorosa, se sentia alívio a seguir à amamentação... A mãe referiu que o que a guiava sobre a amamentação era o Henrique, ou seja, se chorava com fome, ela oferecia e ele mamava. Face a esta descrição, tentei

compreender se sentia produção de leite e de que forma tinha decorrido a transição do colostro para o leite materno. Foi então que a mãe referiu que essa transição ainda não se tinha dado, o que me levou a diagnosticar uma “descida” do leite tardia, uma vez que não tinha ainda ocorrido ao 10º dia (Lawrence & Lawrence, 2010; Prior, Santhakumaran, Gale, Philipps, Modi, & Hyde, 2012). Assim, tendo a referência da evolução do peso e face a este diagnóstico, era importante validar o padrão de eliminação vesical e intestinal e particularmente a transição do padrão de eliminação intestinal. Foi então que a mãe me referiu que ele urinava bem, mudando diariamente cerca de 5 a 6 fraldas com urina clarinha, e que tinha há dois dias mudado o padrão de eliminação intestinal de mecónio para fezes de cor acastanhada e amarelado, referindo ainda que habitualmente evacuava uma vez a cada 2 – 3 dias e que desde essa transição, evacuava diariamente. Referiu-me ainda, expressando alguma culpa, que não tinha ainda referido esta questão da amamentação e do padrão alimentar, uma vez que não sabia da sua importância, ou seja, o que tinha compreendido é que a icterícia estava relacionada com o aleitamento materno e que dando leite adaptado ele “ficaria normal”. Antes de avançar mais relativamente ao processo de saúde-doença experimentado pelo Henrique, pareceu-me essencial face a este “desabafo” da mãe, promover a sua expressão emocional.

Bastou referir “Imagino que esteja a ser um desafio muito grande, não é? Ainda ontem nasceu e hoje já tem que lidar com ser mãe, e ao mesmo tempo ser capaz de cuidar do seu filho que lhe parece doente...”. O ambiente de confiança e de alguma tranquilidade tinha já sido criado enquanto conversava com a mãe, o que em conjunto com esta expressão de disponibilidade e empatia emocional (Diogo, 2015, 2017), foi profundamente promotor da expressão emocional. Tal como referi anteriormente, a mãe apresentava física e emocionalmente exausta. Estava desgastada fisicamente pela exigência maternal que caracteriza este período neonatal, não dormindo por exemplo por períodos superiores a 2 horas, ao mesmo tempo que recuperava da sua intervenção cirúrgica. Diogo (2017) refere que o medo está associado ao desconhecido, ao sofrimento e à dor, sendo o espelho emocional dos processos de saúde-doença dos clientes que recorrem aos serviços de urgências pediátricas. Neste processo em particular, a experiência estava a ser ainda mais perturbadora, uma vez que acresce ainda a esta experiência no SUP, o processo

de adaptação ao papel parental e o desenvolvimento da vinculação, representando esta experiência um desafio emocional muito complexo para a mãe que tentava ainda lidar, dentro do seu conhecimento, com esta situação que era para si não só fora do normal, como, conseqüentemente, profundamente ansiogénica. Garanti que tivesse o tempo necessário para desabafar e chorar as suas incertezas, os seus medos e as suas preocupações que culminaram num “... não sei se consigo ser mãe Sr. Enfermeiro!!!”.

Com serenidade e tranquilidade, agarrei na sua mãe e disse-lhe: “ter vindo até aqui hoje é a prova de que ama o seu filho, se preocupa com ele e que é tão boa mãe que se sentindo insegura recorre a quem deve para pedir ajuda.” Continuei a conversa mostrando-lhe que tinha feito tudo como deve de ser e voltando à questão da amamentação referindo que é um dever nosso, profissionais de saúde, assegurar que a partilha de informação se reflete na aprendizagem para os nossos clientes e que por exemplo a informação errada de que o leite materno provocava icterícia era um exemplo de uma falha de comunicação que em vez de significar uma aprendizagem, representava um importante viés e deturpação da informação. Sentindo que tinha a relação perfeitamente estabelecida com a mãe era importante partilhar a informação por forma a promover a sua aprendizagem sobre o processo de amamentação, particularmente no que diz respeito ao ciclo lácteo e sobre o padrão de eliminação intestinal e a sua relação com a icterícia neonatal (Hockenberry & Wilson, 2014; Lawrence & Lawrence, 2010). Foi absolutamente fundamental o investimento neste tempo para partilha de informação, seja porque a mãe compreendeu não só que não tinha sido o seu leite que tinha provocado a icterícia ao Henrique, como foi igualmente importante para que compreendesse a necessidade de apoio diferenciado sobre a amamentação.

Sabia que o Henrique já tinha sido observado pela equipa de enfermagem e pela equipa médica e era muito importante compreender a extensão o estado geral do Henrique que se mantinha a dormir tranquilamente. Explicando precisamente isso à mãe, saí momentaneamente para falar com a colega que o tinha estado a alimentar. A colega validou a observação de icterícia das escleróticas e da face, sem presença de icterícia central. Referiu ainda que à chegada ao SUP o Henrique estava calmo e reativo ao som e ao toque, apresentando bom estado geral. Pedi que me acompanhasse até junto da minha

enfermeira orientadora para que pudesse expor a minha avaliação e a minha proposta de plano de cuidados a apresentar à mãe do Henrique.

Assim, era minha avaliação que a mãe do Henrique estaria a ter uma “descida” de leite tardia, não tendo ainda transitado do colostro para o leite materno. Face à especificidade do colostro, o padrão de eliminação intestinal só tinha transitado de mecónio para fezes há dois dias, acrescendo ainda que a sua periodicidade tinha sido aumentada para uma vez por dia com fezes amarelas. No que diz respeito ao desenvolvimento a interpretação do peso Henrique estava enviesada, uma vez que uma diminuição de 5g em balanças diferentes não pode ser interpretada como significativa, sendo antes informação importante o facto de a mãe trocar de fralda 5 a 6 vezes por dia com urina clara e a evolução do padrão de eliminação intestinal (Hockenberry & Wilson, 2014; Lawrence & Lawrence, 2010). Por fim, acresce ainda o facto de na observação no SUP, o Henrique estar calmo e reativo, e a icterícia apresentada face às características do ciclo lácteo apresenta-se no seu pico de icterícia fisiológica entre o 10º e o 15º dia (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, era minha avaliação que este era um processo de saúde-doença que estava a sofrer a sua evolução fisiológica e cujo percurso espectável, mantendo a harmonização referida, seria de reversão natural da icterícia fisiológica. Desta forma, a minha proposta era que não havia qualquer justificação para a realização de análises, seja pelos factos referido, seja pelo facto da existência de meios de avaliação não invasivos como o bilirrubinómetro transcutâneo. A minha enfermeira orientadora referiu que o Hospital tinha um na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, mas que tinha de ser feito pedido de empréstimo. Sugeri ainda que a mãe do Henrique fosse encaminhada para o seu Centro de Saúde para monitorização da evolução da icterícia, do peso, da alimentação e do padrão de eliminação intestinal, disponibilizando-me para estabelecer este contacto e articulação com a equipa local de enfermagem. Disponibilizei-me ainda, para disponibilizar informações e contactos uteis de organizações e associações acreditadas e recomendadas para o apoio à amamentação.

A minha intervenção foi aceite por ambas as enfermeiras, e o plano de cuidados a propor à mãe foi discutido com a equipa médica que face à evidência apresentada concordou com o plano definido. Foi em conjunto com a equipa médica que expus a minha avaliação sobre a evolução do processo de saúde-

doença do Henrique, propondo à mãe o plano de cuidados referido anteriormente. A mãe ficava progressivamente tranquila à medida que fui partilhando consigo toda a informação que decorria da minha avaliação, fundamentando este processo como uma evolução fisiológica natural. Tendo apresentado a minha proposta de plano de cuidados, a mãe aceitou de imediato, referindo que fazia muito sentido e que ficava muito contente pelo facto de o Henrique não ter que ser picado para fazer análises.

Comecei então por validar que a morada que estava na identificação correspondia à sua habitação e nesse momento apercebi-me de que viviam no Montijo. A mãe confirmou-me a morada e eu pedi que me dissesse qual o Centro de Saúde em que estavam inscritos. Foi então que para minha grande surpresa a mãe me disse que estavam inscritos e onde tinham médico de família era na Ericeira, uma vez que era onde vivia antes de casar. No fundo, o que me estava a aperceber é que se tratava de uma família que vivia no Montijo, que tinha recorrido a um SUP em Lisboa, no mesmo Hospital em que o Henrique tinha nascido (por motivo de ser onde o Obstetra trabalhava), e que eram seguidos por um médico de família na Ericeira. Tentei compreender o motivo para que isto acontecesse, particularmente no que diz respeito ao médico de família na Ericeira. Percebi que o único motivo era que desconhecia que podia pedir transferência para o Montijo e que nem sequer sabia onde era o Centro de Saúde, uma vez que se tinha mudado para lá há cerca de 2 anos.

A gestão desta situação não era simples uma vez que aparentemente a mãe tinha já uma relação de confiança estabelecida com o médico de família, podendo esta transferência ser disruptiva e de certa forma agravar ainda mais esta situação que era já bastante complexa. O que era de facto importante era capacitar a mãe para que a sua tomada de decisão fosse devidamente informada e esclarecida e foi precisamente o que fiz, referindo o seu direito no que diz respeito à acessibilidade aos cuidados de saúde e referindo o seu direito legal de liberdade de escolha na acessibilidade a estes cuidados de saúde. A sua decisão foi de aceder aos cuidados de saúde primários no Montijo.

Assim, esclareci antes de mais a mãe de que o facto de a estar a encaminhar em nada a impedia ou podia inibir de voltar quer aquele SUP, quer em tão pouco ao médico de família que a acompanhava, se assim o entendesse. Reuni os contactos locais do Centro de Saúde do Montijo, tendo conseguido

estabelecer contacto com a colega que estava na Saúde Infantil e Juvenil e dessa forma assegurado a articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, garantindo a continuidade dos cuidados e a centralização dos cuidados no cliente (DGS, 2013). Juntei ainda alguma informação disponível *on line* pela Direção-Geral da Saúde relativamente à amamentação, bem como as associações de apoio, tendo disponibilizado, links, folhetos informativos e alguns documentos disponíveis na hiperligação: [“http://www.saudereprodutiva.dgs.pt”](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt).

Esta experiência foi fundamental para o meu desenvolvimento profissional e académico, tendo sido particularmente importante na concretização dos objetivos de: *colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados urgentes/emergentes à criança ou jovem e à família; desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; promoção da expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver; promoção da capacitação para a gestão emocional e reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família; tendo ainda sido um reflexo da forma como concretizei o objetivo de - promover a capacitação da criança ou jovem e família para os comportamentos promotores de saúde.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aspden, P., Wolcott, J., Bootman, L., Cronenwelt, L. (2007). *Prevention Medication Errors: Quality Chasm Series*. Washington DC: The National Academic Press.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient education and counseling*, 99 (2), 173-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.004>
- Carrilho, I., & Monteiro, J. (2007). Tratamento do estado de mal epiléptico em idade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38, 163-8.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: na integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/0.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10/05/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Fragata, J., Martins L. (2014). *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Glauser *et al.*, 2016

- Glauser, T., Shinnar, S., Gloss, D., Alldredge, B., Arya, R., Bainbridge, J., ... & Jagoda, A. (2016). Evidence-based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy currents*, 16 (1), 48-61. doi: 10.5698/1535-7597-16.1.48.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5ª ed.). Temas e debates: Lisboa.
- European Operation Room Nurse Association (1997). *European Common Core Curriculum for Operating Department Nursing Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória*. Bélgica: EORNA
- Hochschild (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.). (Vol 1 e 2) Loures: Lusociência
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Intitute for Patient and Family Centered Care. Acedido a 05/02/2017, disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Kérrouac, S., Pépin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Maloine.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2010). *Breastfeeding E-Book: A Guide for the Medical Professional*. Elsevier Health Sciences. Acedido a 1/11/2017, disponível em [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=c4BnozBW3EMC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Lawrence,+R.+A.,+%26+Lawrence,+R.+M.+\(2010\).%C2%A0Breastfeeding+E-Book:+A+Guide+for+the+Medical+Professional.+Elsevier+Health+Science.s.&ots=eOtQtE9E_o&sig=a-iprhEMKsuZPY12NJ1wGTOHLds&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=c4BnozBW3EMC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Lawrence,+R.+A.,+%26+Lawrence,+R.+M.+(2010).%C2%A0Breastfeeding+E-Book:+A+Guide+for+the+Medical+Professional.+Elsevier+Health+Science.s.&ots=eOtQtE9E_o&sig=a-iprhEMKsuZPY12NJ1wGTOHLds&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Supplement). Acedido a 11-12-2016. Disponível em <http://www.fons.org/library/journal/volume5-person-centredness-suppl/article1>

- National Child Stress Network (2004), *The pediatric medical traumatic stress. A comprehensive care*. Acedido em 20/02/2017, disponível em <http://www.nctsn.org/trauma-types/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-for-health-care-providers>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, ajcn-030254. Doi: [10.3945/ajcn.111.030254](https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254)
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of Nursing: Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nurse care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253-261. doi: [10.1016/j.nepr.2008.08.009](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.08.009)
- UNICEF. (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*: adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 07/01/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vries, E., Ramrattan, M., Smorenburg, S., Gouma, D., Gouma, M. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*. (16) 216–23. doi: [10.1136/qshc.2007.023622](https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622)

- Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- World Health Organization (2016). A69/39 - Framework on integrated, people-centred health services. Genève: WHO

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guia de preparação de fármacos na sala de reanimação

Guia de Preparação de Fármacos

Serviço de Urgência Pediátrica

Sala de Reanimação

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Novembro de 2017

Elaborado por:
Enfº Dario Antunes
Mestrando 8º CPLMESIP

Docente orientador:
Professora Paula Diogo
Enfermeiro orientador:
Msc Alexandra Sousa

Índice

	Página
Adenosina	3
Adrenalina	4
Amiodarona	6
Atropina	8
Diazepam	9
Fenitoína	10
Fenobarbital	11
Flumazenilo	13
Levetiracetam	14
Midazolam	15
Naloxona	17
Referências Bibliográficas	18

ADENOSINA

Apresentação	Dosagem	Diluição							
Ampola	6mg/2ml	Apenas se dosagem inferior a 40u diluir com NaCl 0,9% até perfazer as 40u Administrar sempre bólus de 5-10 ml de NaCl 0,9% após bólus de Adenosina							
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º Bólus - 0,10mg/	0,20mg = 7u	0,30mg = 10u	0,40mg = 13u	0,50mg = 17u	0,60mg = 20u	0,70mg = 23u	0,80mg = 27u	0,90mg = 30u	1mg = 33u
2º Bólus - 0,20mg/	0,40mg = 13u	0,60mg = 20u	0,80mg = 27u	1mg = 33u	1,20mg = 40u	1,40mg = 47u	1,60mg = 53u	1,80mg = 60u	2mg = 67u
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1º Bólus - 0,10mg/	1,10mg = 37u	1,20mg = 40u	1,30mg = 43u	1,40mg = 47u	1,50mg = 50u	1,60mg = 53u	1,70mg = 57u	1,80mg = 60u	1,90mg = 63u
2º Bólus - 0,20mg/	2,20mg = 73u	2,40mg = 80u	2,60mg = 87u	2,80mg = 93u	3mg = 1ml	3,20mg = 1,07ml	3,40mg = 1,13ml	3,60mg = 1,20ml	3,80mg = 1,27ml
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1º Bólus - 0,10mg/	2mg = 67u	2,10mg = 70u	2,20mg = 73u	2,30mg = 76u	2,40mg = 80u	2,50mg = 83u	2,60mg = 87u	2,70mg = 90u	2,80mg = 93u
2º Bólus - 0,20mg/	4mg = 1,33ml	4,20mg = 1,40ml	4,40mg = 1,47ml	4,60mg = 1,53ml	4,80mg = 1,60ml	5mg = 1,67ml	5,20mg = 1,73ml	5,40mg = 1,80ml	5,60mg = 1,87ml
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1º Bólus - 0,10mg/	2,90mg = 97u	3mg = 1ml	3,10mg = 1,03ml	3,20mg = 1,07ml	3,30mg = 1,10ml	3,40mg = 1,13ml	3,50mg = 1,17ml	3,60mg = 1,20ml	3,70mg = 1,23ml
2º Bólus - 0,20mg/	5,80mg = 1,93ml	6mg = 2ml	6,20mg = 2,07ml	6,40mg = 2,13ml	6,60mg = 2,20ml	6,80mg = 2,27ml	7mg = 2,33ml	7,20mg = 2,40ml	7,40mg = 2,47ml
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
1º Bólus - 0,10mg/	3,80mg = 1,27ml	3,90mg = 1,30ml	4mg = 1,33ml	4,10mg = 1,37ml	4,20mg = 1,40ml	4,30mg = 1,43ml	4,40mg = 1,47ml	4,50mg = 1,50ml	4,60mg = 1,53ml
2º Bólus - 0,20mg/	7,60mg = 2,53ml	7,80mg = 2,60ml	8mg = 2,67ml	8,20mg = 2,73ml	8,40mg = 2,80ml	8,60mg = 2,87ml	8,80mg = 2,93ml	9mg = 3ml	9,20mg = 3,07ml
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
1º Bólus - 0,10mg/	4,70mg = 1,57ml	4,80mg = 1,60ml	4,90mg = 1,63ml	5mg = 1,67ml	5,10mg = 1,70ml	5,20mg = 1,73ml	5,30mg = 1,77ml	5,40mg = 1,80ml	5,50mg = 1,83ml
2º Bólus - 0,20mg/	9,40mg = 3,13ml	9,60mg = 3,20ml	9,80mg = 3,27ml	10mg = 3,33ml	10,20mg = 3,40ml	10,40mg = 3,47ml	10,60mg = 3,53ml	10,80mg = 3,60ml	11mg = 3,67ml
Peso (Kg)	56	57	58	59	60 ou +				
1º Bólus - 0,10mg/	5,60mg = 1,87ml	5,70mg = 1,90ml	5,80mg = 1,93ml	5,90mg = 1,96ml	6mg = 2ml	Dose Máxima 1º Bólus - 6mg			
2º Bólus - 0,20mg/	11,20mg = 3,73ml	11,40mg = 3,80ml	11,60mg = 3,87ml	11,80mg = 3,94ml	12mg = 4ml	Dose Máxima 2º Bólus - 12mg			

ADRENALINA

01 / 02

Apresentação	Dosagem	Solução diluição							
Ampola	1mg/1ml	NaCl 0,9% / H2O / Dextrose		Diluição					
Bólus	Bólus IV - 0,01mg/Kg	1mg / 10ml (0,1mg/ml)	1:10.000 = 1ml Adrenalina + 9 ml de NaCl 0,9%/H2O/Dext						
	Bólus IO - 0,01mg/Kg	1mg / 10ml (0,1mg/ml)	1:10.000 = 1ml Adrenalina + 9 ml de NaCl 0,9%/H2O/Dext						
	Bólus IM - 0,01mg/Kg	1mg / 1ml	1:1000 = 1ml Adrenalina						
	Bólus TET- 0,1mg/Kg	1mg / 1ml	1:1000 = 1ml Adrenalina						
	Bólus SC - 0,01mg/Kg	1mg/1ml	1:1000 = 1ml Adrenalina						
	Bólus IV / IO / TET	Dose Máx - 1mg (1ml) a cada 3 a 5 minutos							
Nebulização	Bólus IM / SC	Dose Máx - 0,3mg (0,3ml) a cada 15 minutos - 0,5ml idade superior a 12 ano							
		1mg / 5ml NaCl 0,9%	1ml Adrenalina + 4ml de NaCl 0,9%						
Perfusão	0,1 a 1 mcg / Kg / min	5mg/50ml - 100µg/ml	5ml Adrenalina + 45ml de NaCl 0,9% / Dextrose						
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bólus IV / IO - 0,01mg/Kg - 1:10.000	0,02mg = 20u	0,03mg = 30u	0,04mg = 40u	0,05mg = 50u	0,06mg = 60u	0,07mg = 70u	0,08mg = 80u	0,09mg = 90u	0,10mg = 1ml
Bólus IM / SC / TET - 0,01mg/Kg - 1:1000	0,02mg = 2u	0,03mg = 3u	0,04mg = 4u	0,05mg = 5u	0,06mg = 6u	0,07mg = 7u	0,08mg = 8u	0,09mg = 9u	0,10mg = 10ul
Perfusão - 0,1µg/Kg/min	A - 0,12ml/h	A - 0,18ml/h	A - 0,24ml/h	A - 0,30ml/h	A - 0,36ml/h	0,42ml/h	0,48ml/h	0,54ml/h	0,60ml/h
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Bólus IV / IO - 0,01mg/Kg - 1:10.000	0,11mg = 1,10ml	0,12mg = 1,20ml	0,13mg = 1,30ml	0,14mg = 1,40ml	0,15mg = 1,50ml	0,16mg = 1,60ml	0,17mg = 1,70ml	0,18mg = 1,80ml	0,19mg = 1,90ml
Bólus IM / SC / TET - 0,01mg/Kg - 1:1000	0,11mg = 11u	0,12mg = 12u	0,13mg = 13u	0,14mg = 14u	0,15mg = 15u	0,16mg = 16u	0,17mg = 17u	0,18mg = 18u	0,19mg = 19u
Perfusão - 1µg/Kg/min	0,66ml/h	0,72ml/h	0,78ml/h	0,84ml/h	0,90ml/h	0,96ml/h	1,02ml/h	1,08ml/h	1,14ml/h
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Bólus IV / IO - 0,01mg/Kg - 1:10.000	0,20mg = 2ml	0,21mg = 2,10ml	0,22mg = 2,20ml	0,23mg = 2,30ml	0,24mg = 2,40ml	0,25mg = 2,50ml	0,26mg = 2,60ml	0,27mg = 2,70ml	0,28mg = 2,80ml
Bólus IM / SC / TET - 0,01mg/Kg - 1:1000	0,20mg = 20U	0,21mg = 21u	0,22mg = 22u	0,23mg = 23u	0,24mg = 24u	0,25mg = 25u	0,26mg = 26u	0,27mg = 27u	0,28mg = 28u
Perfusão - 1µg/Kg/min	1,20ml/h	1,26ml/h	1,32ml/h	1,38ml/h	1,44ml/h	1,50ml/h	1,56ml/h	1,62ml/h	1,68ml/h
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Bólus IV / IO - 0,01mg/Kg - 1:10.000	0,29mg = 2,90ml	0,30mg = 3ml	0,31mg = 3,10ml	0,32mg = 3,20ml	0,33mg = 3,30ml	0,34mg = 3,40ml	0,35mg = 3,50ml	0,36mg = 3,60ml	0,37mg = 3,70ml
Bólus IM / SC / TET - 0,01mg/Kg - 1:1000	0,29mg = 29u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u
Perfusão - 1µg/Kg/min	1,74ml/h	1,80ml/h	1,86ml/h	1,92ml/h	1,98ml/h	2,04ml/h	2,10ml/h	2,16ml/h	2,22ml/h

ADRENALINA

02 / 02

Apresentação	Dosagem	Solução diluição							
Ampola	1mg/1ml	NaCl 0,9% / H2O / Dextrose							
		Diluição							
Bólus	Bólus IV - 0,01mg/Kg	1mg / 10ml (0,1mg/ml)	1:10.000 = 1ml Adrenalina + 9 ml de NaCl 0,9%/H2O/Dext						
	Bólus IO - 0,01mg/Kg	1mg / 10ml (0,1mg/ml)	1:10.000 = 1ml Adrenalina + 9 ml de NaCl 0,9%/H2O/Dext						
	Bólus IM - 0,01mg/Kg	1mg / 1ml	1:1000 = 1ml Adrenalina						
	Bólus TET- 0,1mg/Kg	1mg / 1ml	1:1000 = 1ml Adrenalina						
	Bólus SC - 0,01mg/Kg	1mg/1ml	1:1000 = 1ml Adrenalina						
	Bólus IV / IO / TET	Dose Máx - 1mg (1ml) a cada 3 a 5 minutos							
Nebulização	Bólus IM / SC	Dose Máx - 0,3mg (0,3ml) a cada 15 minutos - 0,5ml idade superior a 12 ano							
		1mg / 5ml NaCl 0,9%	1ml Adrenalina + 4ml de NaCl 0,9%						
Perfusão	0,1 a 1 mcg / Kg / min	5mg/50ml - 100µg/ml	5ml Adrenalina + 45ml de NaCl 0,9% / Dextrose						
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Bólus IV / IO - 0,01mg/Kg	0,38mg = 3,80ml	0,39mg = 3,90ml	0,40mg = 4ml	0,41mg = 4,10ml	0,42mg = 4,20ml	0,43mg = 4,30ml	0,44mg = 4,40ml	0,45mg = 4,50ml	0,46mg = 4,60ml
Bólus IM / SC / TET - 0,01mg/Kg	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u
Perfusão - 1µg/Kg/min	2,28ml/h	2,34ml/h	2,40ml/h	2,46ml/h	2,52ml/h	2,58ml/h	2,64ml/h	2,70ml/h	2,76ml/h
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Bólus IV / IO - 0,01mg/Kg	0,47mg = 4,70ml	0,48mg = 4,80ml	0,49mg = 4,90ml	0,50mg = 5ml	0,51mg = 5,10ml	0,52mg = 5,20ml	0,53mg = 5,30ml	0,54mg = 5,40ml	0,55mg = 5,50ml
Bólus IM / SC / TET - 0,01mg/Kg	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u
Perfusão - 1µg/Kg/min	2,82ml/h	2,88ml/h	2,94ml/h	3ml/h	3,06ml/h	3,12ml/h	3,18ml/h	3,24ml/h	3,30ml/h
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100
Bólus IV / IO - 0,01mg/Kg	0,56mg = 5,60ml	0,57mg = 5,70ml	0,58mg = 5,80ml	0,59mg = 5,90ml	0,60mg = 6ml	0,70mg = 7ml	0,80mg = 8ml	0,90mg = 9ml	1mg = 10ml
Bólus IM / SC / TET - 0,01mg/Kg	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u	0,30mg = 30u
Perfusão - 1µg/Kg/min	3,36ml/h	3,42ml/h	3,48ml/h	3,54ml/h	3,60ml/h	4,20ml/h	4,80ml/h	5,40ml/h	6ml/h

		AMIODARONA								01 / 02
Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Concentração diluição							
Ampola	150mg/3ml	Dextrose 5%	150mg a 300mg / 20ml Dextrose 5%							
Bólus	FV / TV	Bólus rápido (3minutos) seguido de administração de fluidos (50ml - 200ml)								
	Otras indicações	Bólus perfunde em 20 a 60 minutos								
	Dosagem máxima	Até 3 bólus; Dose máx. diária 15mg/Kg (2,2g adolescente)								
Perfusão		150mg/50ml (3mg/ml) - 3ml Amiodarona + 47ml Dextrose 5%								
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bólus - 5mg/Kg + (diluição)	10mg = 20u + 20ml Dextrose 5%	15mg = 30u + 20ml Dextrose 5%	20mg = 40u + 20ml Dextrose 5%	25mg = 50u + 20ml Dextrose 5%	30mg = 60u + 19ml Dextrose 5%	35mg = 70u + 19ml Dextrose 5%	40mg = 80u + 19ml Dextrose 5%	45mg = 90u + 19ml Dextrose 5%	50mg = 1ml + 19ml Dextrose 5%	
Perfusão - 10mg/Kg/dia	0,28ml/h	0,42ml/h	0,55ml/h	0,69ml/h	0,83ml/h	0,97ml/h	1,11ml/h	1,25ml/h	1,39ml/h	
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Bólus - 5mg/Kg (diluição)	55mg = 1,10ml + 19ml Dextrose 5%	60mg = 1,20ml + 19ml Dextrose 5%	65mg = 1,30ml + 19ml Dextrose 5%	70mg = 1,40ml + 19ml Dextrose 5%	75mg = 1,50ml + 18ml Dextrose 5%	80mg = 1,60ml + 18ml Dextrose 5%	85mg = 1,70ml + 18ml Dextrose 5%	90mg = 1,80ml + 18ml Dextrose 5%	95mg = 1,90ml + 18ml Dextrose 5%	
Perfusão - 10mg/Kg/dia	1,53ml/h	1,67ml/h	1,81ml/h	1,94ml/h	2,08ml/h	2,22ml/h	2,36ml/h	2,50ml/h	2,64ml/h	
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
Bólus - 5mg/Kg (diluição)	100mg = 2ml + 18ml Dextrose 5%	105mg = 2,10ml + 18ml Dextrose 5%	110mg = 2,20ml + 18ml Dextrose 5%	115mg = 2,30ml + 18ml Dextrose 5%	120mg = 2,40ml + 18ml Dextrose 5%	125mg = 2,50ml + 17ml Dextrose 5%	130mg = 2,60ml + 17ml Dextrose 5%	135mg = 2,70ml + 17ml Dextrose 5%	140mg = 2,80ml + 17ml Dextrose 5%	
Perfusão - 10mg/Kg/dia	2,78ml/h	2,92ml/h	3,06ml/h	3,19ml/h	3,33ml/h	3,47ml/h	3,61ml/h	3,75ml/h	3,89ml/h	
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37	
Bólus - 5mg/Kg (diluição)	145mg = 2,90ml + 17ml Dextrose 5%	150mg = 3ml + 17ml Dextrose 5%	155mg = 3,10ml + 17ml Dextrose 5%	160mg = 3,20ml + 17ml Dextrose 5%	165mg = 3,30ml + 17ml Dextrose 5%	170mg = 3,40ml + 17ml Dextrose 5%	175mg = 3,50ml + 16ml Dextrose 5%	180mg = 3,60ml + 16ml Dextrose 5%	185mg = 3,70ml + 16ml Dextrose 5%	
Perfusão - 10mg/Kg/dia	4,03ml/h	4,17ml/h	4,31ml/h	4,44ml/h	4,58ml/h	4,72ml/h	4,86ml/h	5ml/h	5,14ml/h	
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46	
Bólus - 5mg/Kg (diluição)	190mg = 3,80ml + 16ml Dextrose 5%	195mg = 3,90ml + 16ml Dextrose 5%	200mg = 4ml + 16ml Dextrose 5%	205mg = 4,10ml + 16ml Dextrose 5%	210mg = 4,20ml + 16ml Dextrose 5%	215mg = 4,30ml + 16ml Dextrose 5%	220mg = 4,40ml + 16ml Dextrose 5%	225mg = 4,50ml + 15ml Dextrose 5%	230mg = 4,60ml + 15ml Dextrose 5%	
Perfusão - 10mg/Kg/dia	5,27ml/h	5,42ml/h	5,56ml/h	5,69ml/h	5,83ml/h	5,97ml/h	6,11ml/h	6,25ml/h	6,39ml/h	

			AMIODARONA								02 / 02
Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Concentração diluição								
Ampola	150mg/3ml	Dextrose 5%	150mg a 300mg / 20ml Dextrose 5%								
Bólus	FV / TV	Bólus rápido (3minutos) seguido de administração de fluidos (50ml - 200ml)									
	Outras indicações	Bólus perfunde em 20 a 60 minutos									
	Dosagem máxima	Até 3 bólus; Dose máx. diária 15mg/Kg (2,2g adolescente)									
	Perfusão A	150mg/50ml (3mg/ml) - 3ml Amiodarona + 57ml Dextrose 5%									
	Perfusão B	300mg/50ml (6mg/ml) - 6ml Amiodarona + 54ml Dextrose 5%									
Perfusão	Perfusão C	450mg/50ml (9mg/ml) - 9ml Amiodarona + 41ml Dextrose 5%									
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55		
Bólus - 5mg/Kg	235mg = 4,70ml +	240mg = 4,80ml +	245mg = 4,90ml +	250mg = 5ml +	255mg = 5,10ml +	260mg = 5,20ml +	265mg = 5,30ml +	270mg = 5,40ml +	275mg = 5,50ml +		
(diluição)	15ml Dextrose 5%	15ml Dextrose 5%	15ml Dextrose 5%	15ml Dextrose 5%	15ml Dextrose 5%	15ml Dextrose 5%	15ml Dextrose 5%	15ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%		
Perfusão - 10mg/Kg/dia	6,53ml/h	6,67ml/h	6,81ml/h	6,94ml/h	7,08ml/h	7,22ml/h	7,36ml/h	7,50ml/h	7,64ml/h		
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100		
Bólus - 5mg/Kg	280mg = 5,60ml +	285mg = 5,70ml +	290mg = 5,80ml +	295mg = 5,90ml +	300mg = 6ml +	300mg = 6ml +	300mg = 6ml +	300mg = 6ml +	300mg = 6ml +		
(diluição)	14ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%	14ml Dextrose 5%		
Perfusão - 10mg/Kg/dia	7,77ml/h	7,92ml/h	8,06ml/h	8,19ml/h	8,33ml/h	9,72ml/h	11,11ml/h	12,50ml/h	13,89ml/h		

ATROPINA									
Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Diluição						
Ampola	0,5mg/1ml	NaCl 0,9%	Apenas se dosagem inferior a 40u diluir com NaCl 0,9% até perfazer as 40u Administrar sempre bólus de 5-10 ml de NaCl 0,9% após bólus de Atropina						
Bólus	Dosagem mínima Dosagem máxima	0,1mg 3mg							
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bólus - 0,02mg/Kg	0,1mg = 20u	0,1mg = 20u	0,1mg = 20u	0,1mg = 20u	0,12mg = 24u	0,14mg = 28u	0,16mg = 32u	0,18mg = 36u	0,20mg = 40u
Bólus - 0,05mg/Kg	0,1mg = 20u	0,15mg = 30u	0,20mg = 40u	0,25mg = 50u	0,30mg = 60u	0,35mg = 70u	0,40mg = 80u	0,45mg = 90u	0,50mg = 1ml
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Bólus - 0,02mg/Kg	0,22mg = 44u	0,24mg = 48u	0,26mg = 52u	0,28mg = 56u	0,30mg = 60u	0,32mg = 64u	0,34mg = 68u	0,36mg = 72u	0,38mg = 76u
Bólus - 0,05mg/Kg	0,55mg = 1,10ml	0,60mg = 1,20ml	0,65mg = 1,30ml	0,70mg = 1,40ml	0,75mg = 1,50ml	0,80mg = 1,60ml	0,85mg = 1,70ml	0,90mg = 1,80ml	0,95mg = 1,90ml
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Bólus - 0,02mg/Kg	0,40mg = 80u	0,42mg = 84u	0,44mg = 88u	0,46mg = 92u	0,48mg = 96u	0,50mg = 1ml	0,52mg = 1,04ml	0,54mg = 1,08ml	0,56mg = 1,12ml
Bólus - 0,05mg/Kg	1mg = 2ml	1,05mg = 2,10ml	1,10mg = 2,20ml	1,15mg = 2,30ml	1,20mg = 2,40ml	1,25mg = 2,50ml	1,30mg = 2,60ml	1,35mg = 2,70ml	1,40mg = 2,80ml
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Bólus - 0,02mg/Kg	0,58mg = 1,16ml	0,60mg = 1,20ml	0,62mg = 1,24ml	0,64mg = 1,28ml	0,66mg = 1,32ml	0,68mg = 1,36ml	0,70mg = 1,40ml	0,72mg = 1,44ml	0,74mg = 1,48ml
Bólus - 0,05mg/Kg	1,45mg = 2,90ml	1,50mg = 3ml	1,55mg = 3,10ml	1,60mg = 3,20ml	1,65mg = 3,30ml	1,70mg = 3,40ml	1,75mg = 3,50ml	1,80mg = 3,60ml	1,85mg = 3,70ml
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Bólus - 0,02mg/Kg	0,76mg = 1,52ml	0,78mg = 1,56ml	0,80mg = 1,60ml	0,82mg = 1,64ml	0,84mg = 1,68ml	0,86mg = 1,72ml	0,88mg = 1,76ml	0,90mg = 1,80ml	0,92mg = 1,84ml
Bólus - 0,05mg/Kg	1,90mg = 3,80ml	1,95mg = 3,90ml	2mg = 4ml	2,05mg = 4,10ml	2,10mg = 4,20ml	2,15mg = 4,30ml	2,20mg = 4,40ml	2,25mg = 4,50ml	2,30mg = 4,60ml
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Bólus - 0,02mg/Kg	0,94mg = 1,88ml	0,96mg = 1,92ml	0,98mg = 1,96ml	1mg = 2ml	1,02mg = 2,04ml	1,04mg = 2,08ml	1,06mg = 2,12ml	1,08mg = 2,16ml	1,10mg = 2,20ml
Bólus - 0,05mg/Kg	2,35mg = 4,70ml	2,40mg = 4,80ml	2,45mg = 4,90ml	2,50mg = 5ml	2,55mg = 5,10ml	2,60mg = 5,20ml	2,65mg = 5,30ml	2,70mg = 5,40ml	2,75mg = 5,50ml
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100
Bólus - 0,02mg/Kg	1,12mg = 2,24ml	1,14mg = 2,28ml	1,16mg = 2,32ml	1,18mg = 2,36ml	1,20mg = 2,40ml	1,40mg = 2,80ml	1,60mg = 3,20ml	1,80mg = 3,60ml	2mg = 4ml
Bólus - 0,05mg/Kg	2,80mg = 5,60ml	2,85mg = 5,70ml	2,90mg = 5,80ml	2,95mg = 5,90ml	3mg = 6ml	3mg = 6ml	3mg = 6ml	3mg = 6ml	3mg = 6ml

DIAZEPAM			
Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Concentração diluição
Ampola	10mg/2ml	NaCl 0,9% / Dext / H ₂ O	1mg/1ml
Sol. Retal	5mg/2,5ml		
Sol. Retal	10mg/2,5ml		
Bólus (1mg/ml)	10mg / 10ml	2ml Diazepam + 8ml de NaCl 0,9%/H ₂ O/Dext	

Administração do bólus

< 5 anos	Dosagem	Intervalo tempo	Dosagem máxima
Bólus IV/IM - 0,20mg	20 u	2 - 5 minutos	5mg (5ml)
Bólus IV/IM - 0,50mg	50 u	2 - 5 minutos	5mg
> 5 anos	Dosagem	Intervalo tempo	Dosagem máxima
Bólus IV/IM - 1mg	1ml	2 - 5 minutos	10mg (10ml)

FENITOÍNA									
Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Perfusão - 1mg/Kg/min						
			Diluição - à dosagem apresentada para o peso, perfazer com NaCl 0,9% até perfazer quantidade indicada						
Ampola	250mg/5ml	NaCl 0,9%							
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Perfusão - 15mg/Kg	30mg = 60u	45mg = 90u	60mg = 1,20ml	75mg = 1,50ml	90mg = 1,80ml	105mg = 2,10ml	120mg = 2,40ml	135mg = 2,70ml	150mg = 3ml
Perfusão - 20mg/Kg	40mg = 80u	60mg = 1,20ml	80mg = 1,60ml	100mg = 2ml	120mg = 2,40ml	140mg = 2,80ml	160mg = 3,20ml	180mg = 3,60ml	200mg = 4ml
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Perfusão - 15mg/Kg	165mg = 3,30ml	180mg = 3,60ml	195mg = 3,80ml	210mg = 4,20ml	225mg = 4,50ml	240mg = 4,80ml	255mg = 5,10ml	270mg = 5,40ml	285mg = 5,70ml
Perfusão - 20mg/Kg	220mg = 4,40ml	240mg = 4,80ml	260mg = 5,20ml	280mg = 5,60ml	300mg = 6ml	320mg = 6,40ml	340mg = 6,80ml	360mg = 7,20ml	380mg = 7,60ml
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Perfusão - 15mg/Kg	300mg = 6ml	315mg = 6,30ml	330mg = 6,60ml	345mg = 6,90ml	360mg = 7,20ml	375mg = 7,50ml	390mg = 7,80ml	405mg = 8,10ml	420mg = 8,40ml
Perfusão - 20mg/Kg	400mg = 8ml	420mg = 8,40ml	440mg = 8,80ml	460mg = 9,20ml	480mg = 9,60ml	500mg = 10ml	520mg = 10,40ml	540mg = 10,80ml	560mg = 11,20ml
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Perfusão - 15mg/Kg	435mg = 8,70ml	450mg = 9ml	465mg = 9,30ml	480mg = 9,60ml	495mg = 9,90ml	510mg = 10,20ml	525mg = 10,50ml	540mg = 10,80ml	555mg = 11,10ml
Perfusão - 20mg/Kg	580mg = 11,60ml	600mg = 12ml	620mg = 12,40ml	640mg = 12,80ml	660mg = 13,20ml	680mg = 13,60ml	700mg = 14ml	720mg = 14,40ml	740mg = 14,80ml
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Perfusão - 15mg/Kg	570mg = 11,40ml	585mg = 11,70ml	6mg = 12ml	6,15mg = 12,30ml	630mg = 12,60ml	645mg = 12,90ml	660mg = 13,20ml	675mg = 13,50ml	690mg = 13,80ml
Perfusão - 20mg/Kg	760mg = 15,20ml	780mg = 15,60ml	800mg = 16ml	820mg = 16,40ml	840mg = 16,80ml	860mg = 17,20ml	880mg = 17,60ml	900mg = 18ml	920mg = 18,40ml
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Perfusão - 15mg/Kg	705mg = 14,10ml	720mg = 14,40ml	735mg = 14,70ml	750mg = 15ml	765mg = 15,30ml	780mg = 15,60ml	795mg = 15,90ml	810mg = 16,20ml	825mg = 16,50ml
Perfusão - 20mg/Kg	940mg = 18,80ml	960mg = 19,20ml	980mg = 19,60ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100
Perfusão - 15mg/Kg	840mg = 16,80ml	855mg = 17,10ml	870mg = 17,40ml	885mg = 17,70ml	9mg = 18ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml
Perfusão - 20mg/Kg	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml

FENOBARBITAL

01 / 02

Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Perfusão - 1mg/Kg/min
Ampola	100mg/1ml 200mg/2ml	NaCl 0,9% Dextrose 5%	Diluição - à dosagem apresentada para o peso, perfazer com NaCl 0,9% até perfazer quantidade indicada

Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Perfusão - 10mg/Kg	20mg = 20u	30mg = 30u	40mg = 40u	50mg = 50u	60mg = 60u	70mg = 70u	80mg = 80u	90mg = 90u	100mg = 1ml
Perfusão - 15mg/Kg	30mg = 30u	45mg = 45u	60mg = 60u	75mg = 75u	90mg = 90u	105mg = 1,05ml	120mg = 1,20ml	135mg = 1,35ml	150mg = 1,50ml
Perfusão - 20mg/Kg	40mg = 40u	60mg = 60u	80mg = 80u	100mg = 1ml	120mg = 1,20ml	140mg = 1,40ml	160mg = 1,60ml	180mg = 1,80ml	200mg = 2ml
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Perfusão - 10mg/Kg	110mg = 1,10ml	120mg = 1,20ml	130mg = 1,30ml	140mg = 1,40ml	150mg = 1,50ml	160mg = 1,60ml	170mg = 1,70ml	180mg = 1,80ml	190mg = 1,90ml
Perfusão - 15mg/Kg	165mg = 1,65ml	180mg = 1,80ml	195mg = 1,95ml	210mg = 2,10ml	225mg = 2,25ml	240mg = 2,40ml	255mg = 2,55ml	270mg = 2,70ml	285mg = 2,85ml
Perfusão - 20mg/Kg	220mg = 2,20ml	240mg = 2,40ml	260mg = 2,60ml	280mg = 2,80ml	300mg = 3ml	320mg = 3,20ml	340mg = 3,40ml	360mg = 3,60ml	380mg = 3,80ml
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Perfusão - 10mg/Kg	200mg = 2ml	210mg = 2,10ml	220mg = 2,20ml	230mg = 2,30ml	240mg = 2,40ml	250mg = 2,50ml	260mg = 2,60ml	270mg = 2,70ml	280mg = 2,80ml
Perfusão - 15mg/Kg	300mg = 3ml	315mg = 3,15ml	330mg = 3,30ml	345mg = 3,45ml	360mg = 3,60ml	375mg = 3,75ml	390mg = 3,90ml	405mg = 4,05ml	420mg = 4,20ml
Perfusão - 20mg/Kg	400mg = 4ml	420mg = 4,20ml	440mg = 4,40ml	460mg = 4,60ml	480mg = 4,80ml	500mg = 5ml	520mg = 5,20ml	540mg = 5,40ml	560mg = 5,60ml
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Perfusão - 10mg/Kg	290mg = 2,90ml	300mg = 3ml	310mg = 3,10ml	320mg = 3,20ml	330mg = 3,30ml	340mg = 3,40ml	350mg = 3,50ml	360mg = 3,60ml	370mg = 3,70ml
Perfusão - 15mg/Kg	435mg = 4,35ml	450mg = 4,50ml	465mg = 4,65ml	480mg = 4,80ml	495mg = 4,95ml	510mg = 5,10ml	525mg = 5,20ml	540mg = 5,40ml	555mg = 5,55ml
Perfusão - 20mg/Kg	580mg = 5,80ml	600mg = 6ml	620mg = 6,20ml	640mg = 6,40ml	660mg = 6,60ml	680mg = 6,80ml	700mg = 7ml	720mg = 7,20ml	740mg = 7,40ml
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Perfusão - 10mg/Kg	380mg = 3,80ml	390mg = 3,90ml	400mg = 4ml	410mg = 4,10ml	420mg = 4,20ml	430mg = 4,30ml	440mg = 4,40ml	450mg = 4,50ml	460mg = 4,60ml
Perfusão - 15mg/Kg	570mg = 5,70ml	585mg = 5,85ml	600mg = 6ml	615mg = 6,15ml	630mg = 6,30ml	645mg = 6,45ml	660mg = 6,60ml	675mg = 6,75ml	690mg = 6,90ml
Perfusão - 20mg/Kg	760mg = 7,60ml	780mg = 7,80ml	800mg = 8ml	820mg = 8,20ml	840mg = 8,40ml	860mg = 8,60ml	880mg = 8,80ml	900mg = 9ml	920mg = 9,20ml

FENOBARBITAL

02 / 02

Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Perfusão - 1mg/Kg/min						
Ampola	100mg/1ml 200mg/2ml	NaCl 0,9% Dextrose 5%	Diluição - à dosagem apresentada para o peso, perfazer com NaCl 0,9% até perfazer quantidade indicada						
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Perfusão - 10mg/Kg	470mg = 4,70ml	480mg = 4,80ml	490mg = 4,90ml	500mg = 5ml	510mg = 5,10ml	520mg = 5,20ml	530mg = 5,30ml	540mg = 5,40ml	550mg = 5,50ml
Perfusão - 15mg/Kg	705mg = 7,05ml	720mg = 7,20ml	735mg = 7,35ml	750mg = 7,50ml	765mg = 7,65ml	780mg = 7,80ml	795mg = 7,95ml	810mg = 8,10ml	825mg = 8,25ml
Perfusão - 20mg/Kg	940mg = 9,40ml	960mg = 9,60ml	980mg = 9,80ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100
Perfusão - 10mg/Kg	560mg = 5,60ml	570mg = 5,70ml	580mg = 5,80ml	5,90mg = 5,90ml	600mg = 6ml	700mg = 7ml	800mg = 8ml	900mg = 9ml	1000mg = 10ml
Perfusão - 15mg/Kg	840mg = 8,40ml	855mg = 8,55ml	870mg = 8,70ml	885mg = 8,85ml	900mg = 9ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml	1000mg = 20ml
Perfusão - 20mg/Kg	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml	1000mg = 10ml

FLUMAZENILO									
Apresentação	Dosagem		Solução diluição		Administração do bôlus				
	0,50mg/5ml	0,10mg/ml	NaCl 0,9% / H2O / Dextrose		Pode ser repetido ao fim de 60 segundos; até 4 vezes Dose cumulativa máxima: 1mg				
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bôlus - 0,01mg/Kg	0,02mg = 20u	0,03mg = 30u	0,04mg = 40u	0,05mg = 50u	0,06mg = 60u	0,07mg = 70u	0,08mg = 80u	0,09mg = 90u	0,10mg = 1ml
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Bôlus - 0,01mg/Kg	0,11mg = 1,10ml	0,12mg = 1,20ml	0,13mg = 1,30ml	0,14mg = 1,40ml	0,15mg = 1,50ml	0,16mg = 1,60ml	0,17mg = 1,70ml	0,18mg = 1,80ml	0,19mg = 1,90ml
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Bôlus - 0,01mg/Kg	0,20mg = 2ml	0,21mg = 2,10ml	0,22mg = 2,20ml	0,23mg = 2,30ml	0,24mg = 2,40ml	0,25mg = 2,50ml	0,26mg = 2,60ml	0,27mg = 2,70ml	0,28mg = 2,80ml
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Bôlus - 0,01mg/Kg	0,29mg = 2,90ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Bôlus - 0,01mg/Kg	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Bôlus - 0,01mg/Kg	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100
Bôlus - 0,01mg/Kg	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml	0,30mg = 3ml

LEVETIRACETAM									
Apresentação	Dosagem	Solução diluição							
Ampola	100mg/ml	NaCl 0,9% / H2O / Dextrose							
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bólus - 20mg/Kg	40mg = 40u	60mg = 60u	80mg = 80u	100mg = 1ml	120mg = 1,20ml	140mg = 1,40ml	1,60mg = 1,60ml	1,80mg = 1,80ml	200mg = 2ml
Bólus - 40mg/Kg	80mg = 80u	120mg = 1,20ml	1,60mg = 1,60ml	200mg = 2ml	240mg = 2,40ml	280mg = 2,80ml	320mg = 3,20ml	360mg = 3,60ml	400mg = 4ml
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Bólus - 20mg/Kg	210mg = 2,10ml	240mg = 2,40ml	260mg = 2,60ml	280mg = 2,80ml	300mg = 3ml	320mg = 3,20ml	340mg = 3,40ml	360mg = 3,60ml	380mg = 3,80ml
Bólus - 40mg/Kg	440mg = 4,40ml	480mg = 4,80ml	520mg = 5,20ml	560mg = 5,60ml	600mg = 6ml	640mg = 6,40ml	6,80mg = 6,80ml	720mg = 7,20ml	760mg = 7,60ml
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Bólus - 20mg/Kg	400mg = 4ml	420mg = 4,20ml	440mg = 4,40ml	460mg = 4,60ml	480mg = 4,80ml	500mg = 5ml	520mg = 5,20ml	540mg = 5,40ml	560mg = 5,60ml
Bólus - 40mg/Kg	800mg = 8ml	840mg = 8,40ml	880mg = 8,80ml	920mg = 9,20ml	960mg = 9,60ml	1000mg = 10ml	1040mg = 10,40ml	1080mg = 10,80ml	1120mg = 11,20ml
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Bólus - 20mg/Kg	580mg = 5,80ml	600mg = 6ml	620mg = 6,20ml	640mg = 6,40ml	660mg = 6,60ml	6,80mg = 6,80ml	700mg = 7ml	720mg = 7,20ml	740mg = 7,40ml
Bólus - 40mg/Kg	1160mg = 11,60ml	1200mg = 12ml	1240mg = 12,40ml	1280mg = 12,80ml	1320mg = 13,20ml	1360mg = 13,60ml	1400mg = 14ml	1440mg = 14,40ml	1480mg = 14,80ml
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Bólus - 20mg/Kg	760mg = 7,60ml	780mg = 7,80ml	800mg = 8ml	820mg = 8,20ml	840mg = 8,40ml	860mg = 8,60ml	880mg = 8,80ml	900mg = 9ml	920mg = 9,20ml
Bólus - 40mg/Kg	1520mg = 15,20ml	1560mg = 15,60ml	1600mg = 16ml	1640mg = 16,40ml	1680mg = 16,80ml	1720mg = 17,20ml	1760mg = 17,60ml	1800mg = 18ml	1840mg = 18,40ml
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Bólus - 20mg/Kg	940mg = 9,40ml	960mg = 9,60ml	980mg = 9,80ml	1000mg = 10ml	1020mg = 10,20ml	1040mg = 10,40ml	1060mg = 10,60ml	1080mg = 10,80ml	1100mg = 11ml
Bólus - 40mg/Kg	1880mg = 18,80ml	1920mg = 19,20ml	1960mg = 19,60ml	2000mg = 20ml	2040mg = 20,40ml	2080mg = 20,80ml	2120mg = 21,20ml	2160mg = 21,60ml	2200mg = 22ml
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100
Bólus - 20mg/Kg	1120mg = 11,20ml	1140mg = 11,40ml	1160mg = 11,60ml	1180mg = 11,80ml	1200mg = 12ml	1400mg = 14ml	1600mg = 16ml	1800mg = 18ml	2000mg = 20ml
Bólus - 40mg/Kg	2240mg = 22,40ml	2280mg = 22,80ml	2320mg = 23,20ml	2360mg = 23,60ml	2400mg = 24ml	2800mg = 28ml	3000mg = 30ml	3000mg = 30ml	3000mg = 30ml

MIDAZOLAM				01 / 02					
Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Concentração diluição						
Ampola	15mg/3ml	NaCl 0,9%	1mg/1ml						
Bólus	Bólus - até 1mg	1mg / 1ml	20 u Midazolam + 80 u NaCl 0,9%						
	Bólus - 1mg - 5mg	5mg / 5ml	1ml Midazolam + 4 ml NaCl 0,9%						
	Bólus - 5mg - 10mg	10mg / 10ml	2ml Midazolam + 8ml NaCl 0,9%						
	Bólus - 10mg - 15mg	15mg/15ml	3ml Midazolam + 12ml NaCl 0,9%						
Perfusão	Perfusão A	15mg/15ml	3ml Midazolam + 12ml NaCl 0,9%						
	Perfusão B	30mg/30ml	6ml Midazolam + 24ml NaCl 0,9%						
	Perfusão C	45mg/45ml	9ml Midazolam + 36ml NaCl 0,9%						
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bólus - 0,15mg/Kg	0,3mg = 30u	0,45mg = 45u	0,60mg = 60u	0,75mg = 75u	0,90mg = 90u	1,05mg = 1,05ml	1,20mg = 1,20ml	1,35mg = 1,35ml	1,5mg = 1,50ml
Bólus - 0,20mg/Kg	0,4mg = 40u	0,60mg = 60u	0,80mg = 80u	1mg = 1ml	1,20mg = 1,20ml	1,40mg = 1,40ml	1,60mg = 1,60ml	1,80mg = 1,80ml	2mg = 2ml
Perfusão - 1µg/Kg/h	A - 0,12ml/h	A - 0,18ml/h	A - 0,24ml/h	A - 0,30ml/h	A - 0,36ml/h	A - 0,42ml/h	A - 0,48ml/h	A - 0,54ml/h	A - 0,60ml/h
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Bólus - 0,15mg/Kg	1,65mg = 1,65ml	1,80mg = 1,80ml	1,95mg = 1,95ml	2,10mg = 2,10ml	2,25mg = 2,25ml	2,40mg = 2,40ml	2,55mg = 2,55ml	2,70mg = 2,70ml	2,85mg = 2,85ml
Bólus - 0,20mg/Kg	2,20mg = 2,20ml	2,40mg = 2,40ml	2,60mg = 2,60ml	2,80mg = 2,80ml	3mg = 3ml	3,20mg = 3,20ml	3,40mg = 3,40ml	3,60mg = 3,60ml	3,80mg = 3,80ml
Perfusão - 1µg/Kg/h	A - 0,66ml/h	A - 0,72ml/h	A - 0,78ml/h	A - 0,84ml/h	A - 0,90ml/h	A - 0,96ml/h	A - 1,02ml/h	A - 1,08ml/h	A - 1,14ml/h
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Bólus - 0,15mg/Kg	3mg = 3ml	3,15mg = 3,15ml	3,30mg = 3,30ml	3,45mg = 3,45ml	3,60mg = 3,60ml	3,75mg = 3,75ml	3,90mg = 3,90ml	4,05mg = 4,05ml	4,20mg = 4,20ml
Bólus - 0,20mg/Kg	4mg = 4ml	4,20mg = 4,20ml	4,40mg = 4,40ml	4,60mg = 4,60ml	4,80mg = 4,80ml	5mg = 5ml	5,20mg = 5,20ml	5,40mg = 5,40ml	5,60mg = 5,60ml
Perfusão - 1µg/Kg/h	A - 1,20ml/h	B - 1,26ml/h	B - 1,32ml/h	B - 1,38ml/h	B - 1,44ml/h	B - 1,50ml/h	B - 1,56ml/h	B - 1,62ml/h	B - 1,68ml/h
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Bólus - 0,15mg/Kg	4,35mg = 4,35ml	4,50mg = 4,50ml	4,65mg = 4,65ml	4,80mg = 4,80ml	4,95mg = 4,95ml	5,10mg = 5,10ml	5,25mg = 5,25ml	5,40mg = 5,40ml	5,55mg = 5,55ml
Bólus - 0,20mg/Kg	5,80mg = 5,80ml	6mg = 6ml	6,20mg = 6,20ml	6,40mg = 6,40ml	6,60mg = 6,60ml	6,80mg = 6,80ml	7mg = 7ml	7,20mg = 7,20ml	7,40mg = 7,40ml
Perfusão - 1µg/Kg/h	B - 1,74ml/h	B - 1,80ml/h	B - 1,86ml/h	B - 1,92ml/h	B - 1,98ml/h	B - 2,04ml/h	B - 2,10ml/h	B - 2,16ml/h	B - 2,22ml/h

MIDAZOLAM			
Apresentação	Dosagem	Solução diluição	Concentração diluição
Ampola	15mg/3ml	NaCl 0,9%	1mg/1ml
Bólus	Bólus - até 1mg	1mg / 1ml	20 u Midazolam + 80 u NaCl 0,9%
	Bólus - 1mg - 5mg	5mg / 5ml	1ml Midazolam + 4 ml NaCl 0,9%
	Bólus - 5mg - 10mg	10mg / 10ml	2ml Midazolam + 8ml NaCl 0,9%
	Bólus - 10mg - 15mg	15mg/15ml	3ml Midazolam + 12ml NaCl 0,9%
Perfusão	Perfusão A	15mg/15ml	3ml Midazolam + 12ml NaCl 0,9%
	Perfusão B	30mg/30ml	6ml Midazolam + 24ml NaCl 0,9%
	Perfusão C	45mg/45ml	9ml Midazolam + 36ml NaCl 0,9%

01 / 02

Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Bólus - 0,15mg/Kg	5,70mg = 30u	5,85mg = 5,85ml	6mg = 6ml	6,15mg = 6,15ml	6,30mg = 6,30ml	6,45mg = 6,45ml	6,60mg = 6,60ml	6,75mg = 6,75ml	6,90mg = 6,90ml
Bólus - 0,20mg/Kg	7,60mg = 7,60ml	7,80mg = 7,80ml	8mg = 8ml	8,20mg = 8,20ml	8,40mg = 8,40ml	8,60mg = 8,60ml	8,80mg = 8,80ml	9mg = 9ml	9,20mg = 9,20ml
Perfusão - 1µg/Kg/	B - 2,28ml/h	B - 2,34ml/h	B - 2,40ml/h	C - 2,46ml/h	C - 2,52ml/h	C - 2,58ml/h	C - 2,64ml/h	C - 2,70ml/h	C - 2,76ml/h
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Bólus - 0,15mg/Kg	7,05mg = 7,05ml	7,20mg = 7,20ml	7,35mg = 7,35ml	7,50mg = 7,50ml	7,65mg = 7,65ml	7,80mg = 7,80ml	7,95mg = 7,95ml	8,10mg = 8,10ml	8,25mg = 8,25ml
Bólus - 0,20mg/Kg	9,40mg = 9,40ml	9,60mg = 9,60ml	9,80mg = 9,80ml	10mg = 10ml	10,20mg = 10,20ml	10,40mg = 10,40ml	10,60mg = 10,60ml	10,80mg = 10,80ml	11mg = 11ml
Perfusão - 1µg/Kg/	C - 2,82ml/h	C - 2,88ml/h	C - 2,94ml/h	C - 3ml/h	C - 3,06ml/h	C - 3,12ml/h	C - 3,18ml/h	C - 3,24ml/h	C - 3,30ml/h
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100
Bólus - 0,15mg/Kg	8,40mg = 8,40ml	8,55mg = 8,55ml	8,70mg = 8,70ml	8,85mg = 8,85ml	9mg = 9ml	10,50mg = 10,50ml	12mg = 12ml	13,50mg = 13,50ml	15mg = 15ml
Bólus - 0,20mg/Kg	11,20mg = 11,20ml	11,40mg = 11,40ml	11,60mg = 11,60ml	11,80mg = 11,80ml	12mg = 12ml	14mg = 14ml	16mg = 16ml	18mg = 18ml	20mg = 20ml
Perfusão - 1µg/Kg/	C - 3,36ml/h	C - 3,42ml/h	C - 3,48ml/h	C - 3,54ml/h	C - 3,60ml/h	C - 4,20ml/h	C - 4,80ml/h	C - 5,40ml/h	C - 6ml/h

NALOXONA									
Apresentação	Dosagem	Solução diluição		Administração do bólus					
Ampola	0,4mg/ml	NaCl 0,9% / H2O / Dextrose		Pode ser repetido ao fim de 2 minutos;					
				Dose cumulativa máxima: 2mg					
Peso (Kg)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bólus - 0,100mg/Kg	0,200mg = 50u	0,300mg = 75u	0,400mg = 1ml	0,500mg = 1,25ml	0,600mg = 1,50ml	0,700mg = 1,75ml	0,800mg = 2ml	0,900mg = 2,25ml	1mg = 2,50ml
Peso (Kg)	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Bólus - 0,100mg/Kg	1,100mg = 2,75ml	1,200mg = 3ml	1,300mg = 3,25ml	1,400mg = 3,50ml	1,500mg = 3,75ml	1,600mg = 4ml	1,700mg = 4,25ml	1,800mg = 4,50ml	1,900mg = 4,75ml
Peso (Kg)	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Bólus - 0,100mg/Kg	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml
Peso (Kg)	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Bólus - 0,100mg/Kg	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml
Peso (Kg)	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Bólus - 0,100mg/Kg	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml
Peso (Kg)	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Bólus - 0,100mg/Kg	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml
Peso (Kg)	56	57	58	59	60	70	80	90	100
Bólus - 0,100mg/Kg	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml	2mg = 5ml

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, I. & Silva, M. (2008). *ORIENTAÇÕES CLÍNICAS, AMBULATÓRIO EM IDADE PEDIÁTRICA, URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO PORTO (UIP)*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Acedido a 02/11/2017, disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Planeamento%20Estrat%C3%A9gico/Rede%20de%20Urg%C3%Aancias/UIP%20-%20Anexos/Resumo%20UIP.pdf>
- Deglin, J. & Vallerand, A. (2003). *GUIA FARMACOLÓGICO PARA ENFERMEIROS* (7ª ed.). Loures: Lusociência
- Direção-Geral de Saúde (2004). *ORIENTAÇÕES TÉCNICAS 14 – Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica Vol. I*. Lisboa: DGS. Acedido a 02/11/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/urgencias-no-ambulatorio-em-idade-pediatrica-orientacoes-tecnicas-14-volume-1.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2005). *ORIENTAÇÕES TÉCNICAS 14 – Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica Vol. II*. Lisboa: DGS. Acedido a 02/11/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/urgencias-no-ambulatorio-em-idade-pediatrica-orientacoes-tecnicas-14-volume-2.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2016). *Plano Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Acedido em 14/04/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>
- European Resuscitation Council (2015). *Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação, Guidelines ERC 2015*. Niel: European Resuscitation Council. Acedido a 2/11/2017, disponível em <http://alento.com.pt/template3/docs/Guidelines.pdf>
- Infarmed (2005). *Folheto Informativo Diazepam (Labesfal) 10mg/2ml solução injetável*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4848&tipo_doc=fi

Infarmed (2009a). *Folheto Informativo Fenitoína (Labesfal) 100mg/2ml, 250mg/5ml, solução injetável*. Lisboa: INFARMED, I.P.
Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30949&tipo_doc=fi

Infarmed (2009b). *Folheto Informativo Fenobarbital (Labesfal) 30mg/2ml, 40mg/1ml, 100mg/2ml, 100mg/1ml, 200mg/2ml, 200mg/1ml, solução injetável*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3357&tipo_doc=fi

Infarmed (2009c). *Folheto Informativo Adrenalina(Braun)1mg/ml, solução injetável*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46488&tipo_doc=fi

Infarmed (2010). *Folheto Informativo Flumazenilo (Hikma) 0,1mg/ml solução injetável ou concentrado para solução para perfusão*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50861&tipo_doc=fi

Infarmed (2012). *Folheto Informativo Atropina (Braun) 0,5mg/1ml, 1mg/1ml, solução injetável*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=693&tipo_doc=fi

Infarmed (2013). *Folheto Informativo Midazolam (Labesfal) 15mg/3ml, 50mg/10ml, solução injetável*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=36554&tipo_doc=fi

Infarmed (2014a). *Folheto Informativo Naloxona (Braun) 0,4mg/ml solução injetável / para perfusão*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=43840&tipo_doc=fi

Infarmed (2014b). *Folheto Informativo Amiodarona (Ibigen) 150mg/3ml, concentrado para solução injetável/perfusão*. Lisboa: INFARMED, I.P.. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=49486&tipo_doc=fi

Infarmed (2017a). *Folheto Informativo Diazepam (Stesolid) 5mg/2,5ml, 10mg/2,5ml, solução rectal*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8085&tipo_doc=fi

Infarmed (2017b). *Folheto Informativo Adenosina (Adenocor) 6mg/2ml, solução injetável*. Lisboa: INFARMED, I.P.. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=105&tipo_doc=fi

Infarmed (2017c). *Folheto Informativo Levetiracetam (Accord) 100mg/ml para solução para perfusão*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=53187&tipo_doc=fi

Lourenço, S. & Faria, M. (2016). *O Guia do Jovem Internista*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 29/10/2017, disponível em https://www.spmi.pt/pdf/201609_guia_internista.pdf

Madeira, S., Porto, J., Henriques A., Neves, F., Pinto, N., Henriques, G. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. (2ª ed.) Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica

Serralheiro, I., Medeiros, L., Teles, I., Regateiro, M., Valentim, J., Mendes, C., ... Rodrigues, C. (2016). *Oncoanestesia, Procedimentos 2016*. Lisboa: Serviço Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil – E.P.E. Acedido em 14/04/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>

Apêndice IV
Atividades de Estágio na Unidade de Saúde Familiar



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

Guia de Atividades de Estágio
Unidade de Saúde Familiar

Mestrando:

Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes

Lisboa
Novembro de 2017



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

Guia de Atividades de Estágio
Unidade de Saúde Familiar

Mestrando:
Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes n.º 7328

Docente Orientador:
Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeiro Orientador:
Enfermeira Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem Adelaide
Verde

Lisboa
Novembro de 2017

ÍNDICE

SUMÁRIO	3
a) Enquadramento conceptual	4
b) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados	7
c) Apresentação do local de estágio	14
d) Diário de Campo – “A gestão emocional na promoção do parentalidade na USF”	15
e) Sessão de formação à equipa de enfermagem da USF – “Desenvolvimento Infantil – avaliação aos 3 meses de idade”	22
f) Apresentação de Comunicação Livre no Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros – 2º Prémio	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	78
ANEXO I – II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros	
ANEXO II – Conferência Internacional “Addressing na Supporting Family and Child Wellbeing” Fundação Brazelton/Gomes-Pedro	

SUMÁRIO

A elaboração deste Guia Orientador das Atividades de Estágio, enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, integrada no 3º Semestre do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A elaboração do presente documento, tem como base o meu projeto de estágio que parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que será analisado à luz dos quadros de referência do cuidar em enfermagem à criança ou jovem e sua família. Esta problemática, irá simultaneamente permitir a articulação com a definição de um percurso formativo que decorrerá nos diferentes contextos da prática, por forma a promover o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Este desenvolvimento de competências, terá como base a metodologia reflexiva e a prática baseada na evidência, na medida em que são condições para o desenvolvimento do conhecimento enquanto mestrando e futuro EEESIP.

Assim, o desenvolvimento do projeto parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que se relaciona com a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório. A experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família (Diogo, 2015, 2017). Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a incerteza, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como etimologia do *distress* da criança ou jovem e da família no perioperatório.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), pelo seu lado, define os cuidados centrados na família como filosofia central do cuidar em pediatria, segundo a qual o suporte emocional é um pilar essencial (Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), 2017; OE, 2010). Watson (2002a, 2002b), refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Já a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP) (2006), pelo seu

lado, define o propósito da enfermagem perioperatória na orientação do cuidar para a pessoa e na garantia da sua segurança física e emocional.

Desta forma, são meus objetos de estudo a compreensão da experiência emocional da criança ou jovem e família no perioperatório, e a identificação das intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

i) Enquadramento conceptual

Cuidados Centrados na Família

A publicação da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada em 1988, foi um marco muito importante na história dos direitos das crianças. Ela veio defender o melhor interesse da criança e promover o seu bem-estar, na medida em que identifica os direitos essenciais das crianças durante o período em que estão hospitalizadas (UNICEF, 1990).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), pelo seu lado, identifica o cliente pediátrico num binómio indissociável de que fazem parte a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa. Identifica como responsabilidade do enfermeiro, o trabalho em parceria com a criança ou jovem e família/pessoa significativa, devendo para isso promover a educação para a saúde e capacitar o cliente, bem como adequar o suporte familiar e comunitário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em continuidade com a sua resolução de 2009, integra os cuidados centrados na pessoa como política nuclear no fortalecimento dos sistemas de saúde e na garantia da qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2016).

A European Operation Room Nurse Association (EORNA) (1997), evoca à defesa do cliente, familiares e outras pessoas significativas referindo o seu direito de receber as informações necessárias, bem como o suporte emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios. Já a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) (2006), fundamenta o seu propósito e desígnio na defesa e orientação dos cuidados de enfermagem perioperatórios para a pessoa, tendo como base

uma parceria cujo objetivo é garantir a sua segurança física e emocional, prevenindo a infecção e os acidentes.

Tal como McCormack *et al.* (2015) referem, a evidência reflete a evolução da prática e dos cuidados, no sentido dos cuidados centrados na pessoa. O Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), refere que os cuidados centrados na família têm como base integrar na prática clínica a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa, na perspetiva do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, bem como na dimensão do desenvolvimento de políticas organizacionais e institucionais dos cuidados de saúde. A parceria estabelecida entre os prestadores de cuidados e os clientes, elemento central dos cuidados centrados na família, são nucleares na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, ao mesmo tempo que promovem o bem-estar e a satisfação dos clientes (IPFCC, 2017).

O modelo dos cuidados centrados na família está assente em quatro pilares conceptuais: dignidade e respeito; partilha de informação; participação; e colaboração. O IPFCC enquadra ainda como elementos centrais na filosofia dos cuidados centrados na família, o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança, o respeito pelos diferentes métodos de *coping*, a promoção da rede e suporte entre famílias, a resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, a promoção de políticas de suporte emocional e financeiro das famílias e a resposta às necessidades dos clientes, atendendo e respeitando a diversidade cultural (IPFCC, 2017).

Os Cuidados Centrados na Família no Paradigma da Transformação

A orientação para a pessoa, é a base da diferenciação da disciplina da enfermagem de outras disciplinas, e decorre de um percurso histórico de identificação e precisão do seu próprio domínio da investigação e da prática clínica. (Kérouac, Pépin & Ducharme, 1994). O Paradigma da Transformação, cujo enquadramento histórico é posterior a 1975, define-se na conceptualização de que cada fenómeno é único, estando em constante interação recíproca com uma unidade global e de maior dimensão, o mundo que a envolve. É neste paradigma que Watson integra o seu contributo para a enfermagem. Parte de uma preocupação e de um mal-estar, “o sofrimento humano e ecológico é

comum por todo o mundo, o cuidar que restaura, e o antigo sagrado feminino que a enfermagem simboliza, foi ferido e necessita de ser curado.” (Watson, 2002a, p.6). Watson enquadra-se num movimento de enfermeiros cuja inquietude faz emergir um novo paradigma orientado para aquele que entende como o arquétipo da enfermagem, a energia sagrada feminina do cuidar-curar. Evoca ao reacender da luz que ilumina o caminho em direção ao pós-moderno, guiado pela cosmologia transpessoal e transcultural, num propósito humanista de profundo respeito pela dignidade (Watson, 2002a). Segundo Watson (2002a, 2002b), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar.

A experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório

Assim, importa definir que, de acordo com Damásio (2012), se entende por emoções as respostas químicas e neurais a estímulos que se manifestam na dimensão física enquanto alterações corporais e na dimensão da mente enquanto sentimentos, ou seja, o resultado da tomada de consciência da emoção.

Mas foi a socióloga Hochschild (1983) que, ao estudar as emoções e o seu estreito relacionamento com a ação, trouxe para o conhecimento um novo conceito a que chamou de *emotional labour*, ou seja, trabalho emocional. Por sua vez, Smith (1992, 2009), integra este conceito na prática dos cuidados de enfermagem, descrevendo a capacidade, que mais do que inata deve ser aprendida e treinada, do enfermeiro em gerir e superar os seus sentimentos e conflitos internos, com fim a induzir a segurança e tranquilidade essenciais para o bem-estar e satisfação do cliente. Em sua continuidade, Diogo (2015) evidencia a dupla centralidade do trabalho emocional dos enfermeiros, na medida em que através de um processo de gestão emocional, os enfermeiros procuram regular a disposição emocional para cuidar e, simultaneamente, promover um ambiente e contexto de cuidados mais seguro, tranquilo e afetuoso – um cuidado emocionalmente competente.

Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a invasibilidade, a incerteza sobre o desenrolar do procedimento, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como causas importantes para o *distress*

da criança ou jovem e da família. Segundo Diogo (2015), a experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família, sendo que especificamente no contexto perioperatório, a falta de preparação, falhas de comunicação, bem como a incerteza e as significações individuais, têm um impacto extremamente negativo na dinâmica familiar (Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016). É neste enquadramento, que defino como problemática a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório, sendo esta predominantemente negativa e perturbadora, e caracterizada por vivências emocionalmente intensas associadas à cirurgia.

j) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados

Tendo em vista o desenvolvimento das competências do EEESIP defini como objetivos gerais do projeto de estágio:

- Desenvolver competências de EEESIP, tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença;
- Desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pela filosofia dos cuidados centrados na família, visando a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

Para além dos objetivos gerais, foram, também, estabelecidos objetivos específicos, atividades e as competências a desenvolver que apresento em seguida em forma de tabela.

Unidade de Saúde Familiar

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências desenvolvidas
- Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço;	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos manuais, normas e procedimentos do serviço - Entrevista ao Enfermeiro chefe e/ou de referência <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de Guião da entrevista ▪ Apresentação do projeto e negociação das atividades a desenvolver 	<ul style="list-style-type: none"> - Manuais, normas e procedimentos do serviço/instituição; - Guião da entrevista 	

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as intervenções de enfermagem à criança ou jovem e família que visam a promoção dos cuidados centrados na família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre as práticas no contexto clínico; - Consulta dos diagnósticos, intervenções e resultados no sistema informático para identificar os mais frequentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem - Ciclo Reflexivo de Gibbs - Carta terapêutica 	<p>A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das estratégias de comunicação da equipa de enfermagem com a criança ou jovem e família; - Mobilização de estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem 	<p>E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento</p>

- Promover a expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver;	- Estimulação da expressão emocional da criança ou jovem e família mobilizando técnicas adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento	- Brincar - Desenho - Leitura de histórias - Carta terapêutica	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem
- Promover a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família	- Identificação das necessidades emocionais e afetivas da criança ou jovem e família;	- Escuta ativa e abertura à experiência emocional - Carta terapêutica - Brincar, desenho e leitura de histórias - Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e

	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte emocional à criança ou jovem e família, tendo como base o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, a parceria de cuidados (orientada por uma comunicação adequada e informação clara) e a filosofia de cuidados centrados na família 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de gestão emocional (sensibilidade vigilante; procura de informação prévia; disponibilidade; preparação para os procedimentos; postura calma e tranquila; envolvimento familiar) - Brincar, desenho e leitura de histórias - Meios de tecnologia audiovisuais - Diário de Aprendizagem - Ciclo de Gibbs 	da reinserção social da criança/jovem
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento; - Promover a capacitação da criança ou jovem e família para os 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre a prestação de cuidados do Enfermeiro de referência; - Colaboração e reflexão sobre a prestação de cuidados à criança ou jovem e família com o Enfermeiro de referência; 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem - Carta terapêutica - Ciclo Reflexivo de Gibbs - Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes 	<p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</p> <p>E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da</p>

<p>comportamentos promotores de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover o crescimento e desenvolvimento da criança ou jovem; - Identificar as estratégias e fontes de suporte da criança ou jovem e família para a sua gestão emocional; - Promover o reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de um Diário de Aprendizagem tendo como base uma situação significativa; - Prática baseada na evidência - Ação de formação (equipa de enfermagem): Monitorização do desenvolvimento infantil – Schedule of Growing Skills II - Apresentação de comunicação oral: “Intervenções de enfermagem promotoras da capacitação e gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório: protocolo de uma revisão scoping” no II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros – (RE) Construir o Caminho da enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Meios de tecnologia audiovisuais 	<p>criança/jovem, otimizando as respostas</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p> <p>E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde</p>
--	---	--	--

	<p>- Assistir à Conferência Internacional: Addressing and supporting family and child wellbeing. Pelo Bem-estar da Criança e da Família. Fundação Brazelton/Gomes-Pedro. 9-10 Novembro de 2017</p>		
--	--	--	--

c) Apresentação do Local de Estágio

O meu estágio nos Cuidados de Saúde Primários foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Importa neste enquadramento referir que esta é uma USF de Modelo de Desenvolvimento A (Decreto Lei nº. 298/2007) que se encontrava no momento em que realizei o estágio, no processo de preparação para a implementação do método de enfermeiro de família (Portaria n.º 281/2016). A USF serve uma comunidade, cujas condições socioeconómicas são predominantemente mais carentes, com condições de habitação particularmente precárias (DGI, 2011; INE, 2016). Esta USF serve uma população que em resultado destas condições, foi sinalizada pelo ACES e pela ARSLVT, como grupo de risco acrescido para determinadas doenças, estando neste sentido referenciado a título de exemplo para a vacinação contra a tuberculose - *Bacille Calmette-Guérin* (BCG) (DGS, 2016a, 2016b).

A Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ), bem como a Vacinação, encontram-se localizados no primeiro piso de um edifício habitacional exclusivamente dedicado à atividade da USF. Os desenhos que decoram as paredes rompem com o restante ambiente da unidade, convidando as crianças ou jovens e suas famílias a entrarem neste espaço que lhes é exclusivamente dedicado. A Sala de Espera, iluminada pela luz do dia, disponibiliza uma pequena mesa com cadeiras, lápis decorativos e ainda uns brinquedos que permitem a estas crianças brincarem, comunicarem e interagirem num ambiente que lhes é mais familiar e confortável (Hockenberry & Wilson, 2014). A USF disponibiliza dois gabinetes exclusivamente para a consulta de enfermagem à criança ou jovem e família e para a vacinação, e ainda vários gabinetes que servem de forma indiferenciada para o atendimento médico aos clientes da USF.

A equipa da USF conta com cerca de 10 elementos, de entre as quais duas EEESIP e duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), ficando a prestação de cuidados à criança ou jovem e

sua família maioritariamente à responsabilidade das EEESIP. Tal como referido no PNSIJ, a cronologia definida não é rígida, podendo a periodicidade recomendada ser adequada à especificidade dos contextos e à individualidade do cliente (DGS, 2013). Foi precisamente atendendo à particularidade da comunidade a quem presta cuidados, que após reflexão e discussão junto da equipa multidisciplinar da USF, foi criada pela equipa de enfermagem uma consulta extra de vigilância do desenvolvimento direcionada ao latente com 3 meses de idade e sua família. A introdução desta consulta de vigilância, prestada exclusivamente pelos enfermeiros, e cujo seu agendamento é livre e voluntário, é a expressão do profundo altruísmo e respeito pela dignidade que reveste e fundamenta o cuidar dos enfermeiros nesta USF, sendo no fundo o reflexo de que “o contributo da enfermagem para a sociedade assenta no desenvolvimento do seu humanismo e neste sentido o imperativo de manter o ideal e a ideologia do cuidar na prática da enfermagem” (Watson, 2002b, p. 62).

d) Diário de Campo – “A gestão emocional na promoção do parentalidade na USF”

Durante uma manhã na consulta de saúde infantil, recorreram a esta consulta uma jovem mãe, a Ana (nome fictício) com a sua filha de 2 meses, a Patrícia (nome fictício). Recorriam ao centro de saúde no sentido da continuidade da vigilância do desenvolvimento e da vacinação.

O médico de família após realizar a sua consulta, encaminhou a Ana e a Patrícia para a consulta de enfermagem referindo telefonicamente que estava tudo bem com o desenvolvimento da criança.

Dirigi-me à sala de espera para chamar a Patrícia e a sua família quando observo uma mãe que baloiçava a sua filha ao colo com movimentos de uma forte intensidade e tentando acalmá-la dizia: “já vai passar filha...”. Dirigi-me junto da mãe para tentar compreender se tinha acontecido alguma coisa e se precisava da minha ajuda. A mãe, tentando ajeitar a chucha de forma atrapalhada, referiu-me com transparente ansiedade e preocupação: “ela está cheia de cólicas e acabou-se-me o *Aero-OM!!!* Quando saímos da consulta com o Dr. coloquei-a no ovo e voltaram outra vez!!!”. O bebé estava irritado e

inconsolado, chorando de forma muito intensa, pelo que face ao momento de crise experimentado pela mãe e pela filha não hesitei em ir buscar um frasco de Sacarose ao gabinete de enfermagem e administrar umas gotas que de facto acalmaram de imediato o bebé. Estando um pouco mais calma, o que levou a que a mãe também ficasse mais calma e disponível, pedi então que me confirmasse o nome completo do bebé e a data de nascimento, sendo que face à idade aparente e à inexistência de outro bebé na sala de espera, percebi que provavelmente seria a Patrícia.

A mãe validou-me os dois indicadores de identificação ao que referi “Olá Patrícia. A tua mamã já te conhece mesmo bem!!!! Viste como ela sabia que precisavas destas gotinhas!!!” O importante para mim, não era de todo neste curto espaço de tempo realizar qualquer tipo de diagnóstico, mas antes com estas palavras e com uma postura tranquila e calma promover um ambiente mais calmo, seguro e afetuoso, ao mesmo tempo que promovia essa mesma tranquilidade na mãe e de certa estimulava a sua confiança para cuidar da sua filha.

Entrámos no gabinete de enfermagem, onde íamos realizar a consulta de enfermagem de acordo com as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Na consulta com o médico de família, já tinham sido avaliados e registados os dados antropométricos, realizado o exame objetivo de saúde e aplicada a escala de Mary Sheridan. Era nesta consulta de enfermagem que seriam administradas as vacinas de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2016) e prestados os cuidados antecipatórios orientados neste caso para a alimentação, hábitos de sono, hábitos intestinais e cólicas, desenvolvimento, acidentes e segurança, e para a relação emocional (DGS, 2013).

A identificação da Patrícia já tinha sido validada por mim, pelo que a enfermeira que estava excecionalmente naquele dia responsável por esta consulta sugeriu que começássemos pela vacinação. O meu estágio na USF estava no seu período terminal, pelo que sentia que tinha uma relação profissional muito estável, segura e harmoniosa com a equipa, tal como me sentia seguro nas minhas competências para a prestação de cuidados. Assim, sugeri que fosse eu a realizar esta consulta de enfermagem à Patrícia e à Ana, sugerindo uma organização um pouco diferente desta consulta. A sugestão foi

aceite quer pela enfermeira, quer pela Ana, pelo que achei que seria importante deixar este momento para o fim da consulta, uma vez que a vacinação é um momento de crise emocional para ambos a criança e família (Sahebihag, Hosseinzadeh, Mohammadpourasl, & Kosha, 2011; Taddio *et al.* 2010, 2015).

Optei então por começar por validar que de acordo com a informação que tinha da consulta com o médico, o desenvolvimento da Patrícia estava em harmoniosa evolução, e que nesta consulta era nossa intenção dar suporte à Patrícia e à Ana no sentido promover a sua compreensão relativamente ao curso normal do seu desenvolvimento, particularmente no que diz respeito à alimentação, ao sono, aos cuidados com a segurança, mas também tentar compreender de que forma estavam a conseguir lidar por exemplo com as cólicas. Face à experiência descrita, compreendi que este seria um assunto facilitador para a condução desta consulta, bem como para a promoção da relação com a Patrícia e com a Ana. Assim, comecei por tentar compreender desde quando a Patrícia tinha cólicas e o que fazia para tentar lidar com elas. A mãe começou por me dizer “Sabe Sr. Enfermeiro, as cólicas têm sido um problema desde que a Patrícia nasceu... eu já tentei de tudo!!! E até hoje ainda não consegui nada!!!! Viu como ela estava ainda há pouco?”. Na realidade, não podia validar o despiste de cólicas, uma vez que de todos os sinais descritos como o choro intenso, puxar de pernas até ao abdómen e câibra ou tensão abdominal (Hockenberry & Wilson, 2014), tinha apenas presenciado o choro intenso e inconsolável. Contudo, acredito que numa lógica de empatia emocional e de promoção da confiança nesta relação de cuidados (Diogo, 2015), era mais importante assegurar por um lado que tinha de facto observado o desconforto da Patrícia, do qual o seu choro inconsolável era um inquestionável reflexo, e por outro, promover e estimular a expressão das emoções e sentimentos da mãe, por forma a conseguir compreender de forma mais completa e precisa a forma como experimentava este seu processo de saúde-doença.

A mãe foi partilhando diferentes momentos em que a Patrícia tinha cólicas e a forma como estava a tentar lidar com elas. A Patrícia alimentava-se exclusivamente de leite materno, o que levou a que Ana estivesse focada na sua ingestão alimentar, bem como nos seus cuidados de higiene e conforto, referindo que tinha já experimentado um conjunto extenso de diferentes dietas e uso de linhas de produtos de higiene e conforto distintos. Perguntei se havia algum

padrão que ela, ou o pai conseguissem despistar e se por acaso, para além do *Aero-OM*, tinham encontrado alguma forma de a acalmar e confortar. A mãe respondeu-me: “Olhe Sr. Enfermeiro, o meu marido faz viagens longas e chega a estar 5 dias fora de casa, mas quando ele está, nós andamos mais na rua e ela no carro não faz isto!!!! E depois parece que por causa disso mesmo em casa ela tem menos cólicas.”.

Face a esta descrição, achei importante compreender o que a mãe entendia por cólicas e pedi-lhe que me descrevesse como era a Patrícia quando tinha cólicas. A sua descrição era de que “chorava muito... nada a fazia calar... ela tentava tudo... levava-a à janela... abanava-a com mais força... *Aero-OM*...” Perguntei se por acaso em repouso ela ficava com o abdómen mais tenso, se fletia os membros inferiores contra o abdómen, o que Ana negou, referindo sim que ficava muito vermelha quando chorava. Entendi que tinha já informação suficiente para validar que tal como eu não tinha observado cólicas, a informação que me estava a dar era compatível não com cólicas, mas com qualquer outra fonte de desconforto diferente das cólicas. E assim referi: “Sabe Ana, é muito difícil para nós pais conseguirmos perceber o que se passa com os nossos filhos. Eles não falam... quer dizer com palavras... mas falam muito connosco de outras formas que por vezes não compreendemos”. O cuidar de enfermagem é, segundo Watson (2002a, 2002b), transpessoal na medida em que na relação de cuidados está o cliente e o enfermeiro, contribuindo cada um para esta parceria com a sua individualidade. Neste sentido, entendi que a partilha de uma experiência pessoal com o meu filho, seria facilitadora e promotora da confiança na relação, promovendo particularmente a ressonância afetiva nesta parceria de cuidados (Diogo, 2015).

O relato que fiz foi à cerca da forma como a nossa ansiedade enquanto pais, fundamentada num amor profundo e incondicional pelo nosso filho, é muitas vezes exacerbada e de certa forma condicionante quer da nossa avaliação quer da nossa ação. O uso terapêutico do *self* (Carper, 1985), foi aqui essencial no sentido de promover não só a confiança na relação, como em particular para promover uma melhor conceptualização da vivência experimentada. A Ana percebeu perfeitamente o que eu queria dizer, ela mesmo referiu “...tem muita razão nisso sr. enfermeiro. O meu marido por exemplo é muito calmo... ele consegue acalmar a Patrícia de uma forma que eu nunca

consigo...”. Esta observação que realizava permitiu-me validar a minha avaliação, mas ainda mais importante era que a Ana tinha também identificado a fonte do seu problema. O importante era agora assegurar que a identificação deste problema não iria acentuar ainda mais a falta de confiança da Ana, suportando e capacitando-a para lidar com o problema.

Comecei por mostrar-lhe que estava enganada quando referia que não conseguia acalmar a Patrícia. Pelo contrário o que aconteceu foi que não tendo encontrado recursos internos foi à procura de recurso externos de que servem exemplo o *Aero-OM*, a comunicação verbal (“já vai passar filha”), o colo, entre outros. Tendo como base Brazelton (1988) e Brazelton e Greenspan (2002), repeti o que várias vezes referi ao longo de todo o estágio “... ninguém ama mais os seus filhos do que os seus pais... ninguém quer o melhor para os seus filhos do que os pais... isso não quer dizer que todos nós consigamos ajudar os nossos filhos como desejamos, por vezes a ajuda tem que vir de fora e é por isso que cá estamos...”. Os momentos que se seguiram foram de partilha de informação sobre a gestão emocional e o trabalho emocional (Diogo, 2015), tendo incidido particularmente na importância da autoconsciência e da autorregulação (Goleman, 2012). Tão importante quanto esta partilha, foi a reflexão que se seguiu em conjunto com a mãe sobre os diferentes choros da Patrícia, tentando ir ao encontro da descrição apresentada por Brazelton (1988), e, Brazelton e Greenspan (2002), dos choros de aborrecimento, dor, desconforto, fome, fadiga e rabugice. Esta reflexão levou-me a conseguir fazer com que a mãe se identificasse como capaz de lidar com o choro da Patrícia na medida em que sabia por exemplo quando chorava por fome e quando chorava porque precisava que lhe mudassem a fralda. Era ainda importante que a Ana compreendesse que a Patrícia até podia ter cólicas, mas que por tudo o que tinha sido partilhado, a ansiedade experimentada pela Ana era transmitida para a Patrícia numa lógica de contágio emocional (Barros, 2003), e, nesse sentido, da mesma forma que a ansiedade era emocionalmente contagiante assim a tranquilidade e calma o seriam, tal como são com o pai da Patrícia.

Em resultado de toda esta partilha e suporte, a Ana ficou mais tranquila e calma, espelhando a confiança e bem-estar que decorreram desta experiência profundamente intersubjetiva. Tendo receio de estar a ser demasiado exaustivo para Ana, disponibilizei-me para agendar para outro dia uma consulta, no sentido

de realizar o resto da consulta, especificamente os cuidados antecipatórios e a vacinação. A Ana foi perentória ao afirmar: “Não, não. Isto está a ser muito importante para mim. Se por si puder eu gostava que continuássemos”.

Foi particularmente simples, depois de toda a confiança estabelecida, promover a partilha dos cuidados antecipatórios orientados agora para a alimentação, hábitos de sono, desenvolvimento, acidentes e segurança, e para a relação emocional (DGS, 2013). Esta partilha foi profundamente harmoniosa, prestada num ambiente tranquilo e calmo, para o qual a confiança e a empatia emocional foram elementos absolutamente essenciais de uma dimensão global e única que é o trabalho emocional no cuidar em pediatria (Diogo, 2015).

O culminar de toda esta experiência foi o momento da vacinação. Durante o meu estágio na USF, fui promotor da partilha de informação sobre a importância da amamentação durante a vacinação. Sendo a evidência muito frutuosa no que diz respeito a esta temática, partilhei no decorrer do meu estágio com a equipa alguns artigos que fundamentavam a melhor prática baseada na evidência (Sahebihag *et al.*, 2011; Taddio *et al.* 2010, 2015). Assim, tendo no decorrer deste estágio realizado várias partilhas, tendo capacitado várias mães para esta experiência e tendo desenvolvido estas competências em mim e na equipa de enfermagem, entendi que não só seria oportuno, como particularmente importante, enquanto estratégia de reforço da confiança da Ana em cuidar da sua filha. Assim, sugeri que administrássemos as vacinas com suporte da amamentação, tendo a Ana partilhado comigo: “Sabe, já tinha ouvido falar disso, tenho uma amigas que amamentam durante as vacinas dos filhos. Mas, como nunca me falaram dessa possibilidade, também não achei muito bom estar eu falar nisso”.

Tendo a Ana consentido, e tendo previamente assegurado a boa adaptação à mama, partilhei a forma como iríamos administrar as vacinas enquanto a Patrícia mamava. A Ana começou por oferecer a mama, tendo a Patrícia ficado bem-adaptada, alimentando-se com sucesso, enquanto tranquilamente fui preparando as vacinas. Tendo a Patrícia estado a mamar durante cerca de 3 minutos, iniciei a administração das vacinas, administrando apenas a vacina seguinte depois de estar cerca de 1 minuto a mamar no intervalo das administrações. Tal como descrito (Sahebihag *et al.*, 2011; Taddio *et al.* 2010, 2015), o primeiro momento foi de choro, contudo foi sempre

significativamente mais curto e menos intenso, retomando de imediato a amamentação. Não houve espaço para palavras, apenas um sorriso maternal de cumplicidade e amor para com a sua filha, espelhando a alegria que sentia em estar efetivamente a ajudar de forma tão importante e única a Patrícia naquele momento de dor.

Terminada a administração das vacinas, a Patrícia mamou ainda por mais cerca de 3 minutos, momento que serviu para que pudesse reforçar positivamente a forma única como tinha ajudado a sua filha, num importante reforço positivo (Diogo, 2015) à sua confiança e capacidade parental. A mãe despediu-se com palavras que me ficam na memória e que me alegram e confortam a alma no propósito, no dever e no cuidar.

Esta vivência foi muito importante no percurso do meu desenvolvimento académico e profissional tendo contribuído particularmente para a concretização dos objetivos de - *colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento; desenvolvimento de competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver; promoção da capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família.*

e) Sessão de formação à equipa de enfermagem da USF – “Desenvolvimento Infantil – avaliação aos 3 meses de idade”

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: AVALIAÇÃO AOS 3 MESES DE IDADE

Elaborado por:

Enfº Dario Antunes

Mestrando em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – 8ºCPLMESIP

Orientação:

PhD Paula Diogo – Professora Orientadora

Prof.ª Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem – ESEL

Enfª Adelaide Verde – Enfermeira Orientadora

USF Venda Nova – ACES Amadora

Amadora

4 de Dezembro de 2017



Objetivo Geral

Compreender a importância da vigilância e avaliação do desenvolvimento infantil com base na aplicação de instrumentos

Objetivos específicos

Compreender a especificidade do desenvolvimento dos lactentes com 3 meses de idade

Avaliação do desenvolvimento aos 3 meses de idade: escala de Mary Sheridan Modificada e Schedule of Growing Skills II (SGS II)

Identificar sinais de alarme particulares aos 3 meses

Destacar a intervenção do enfermeiro na vigilância e avaliação do desenvolvimento infantil

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



DESENVOLVIMENTO INFANTIL

...maturação progressiva que permite responder de forma crescente ao ambiente.
(Hockenberry & Wilson, 2014)

...processo complexo e dinâmico, de maturação e evolução biológica, que resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais.
(Castelo & Fernandes, 2009)

...aperfeiçoamento e especialização de funções com aquisição gradual de competências progressivamente mais complexas e com vista à autonomia.
(OE, 2010)

“...processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra e, consequentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere...”
(DGS, 2013, p.2)

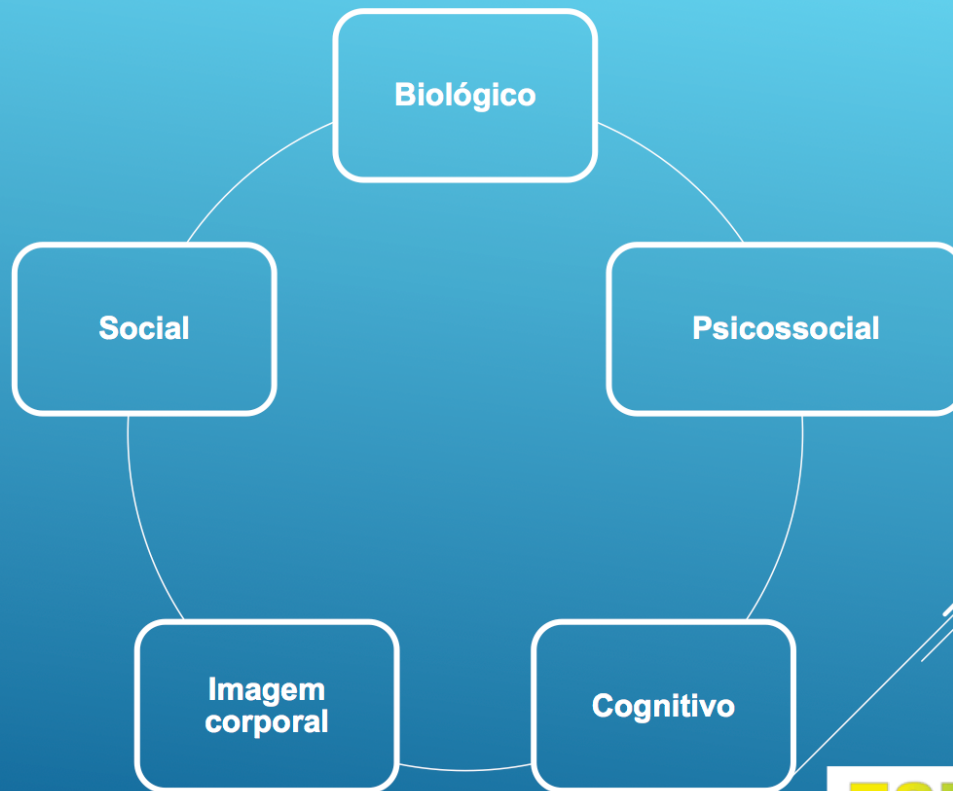
Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



DESENVOLVIMENTO INFANTIL LACTENTE

Período desde o
nascimento até aos 12
meses



(Hockenberry & Wilson, 2014)

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017

LACTENTE: DESENVOLVIMENTO BIOLÓGICO

... crescimento rápido e intenso

... desenvolvimento de competências :
céfalo-caudal e próximo-distal

... **acuidade visual:** desenvolvimento da visão binocular, percepção de profundidade, preferência visual (rosto humano)

... segue objetos até à zona periférica (180 graus)

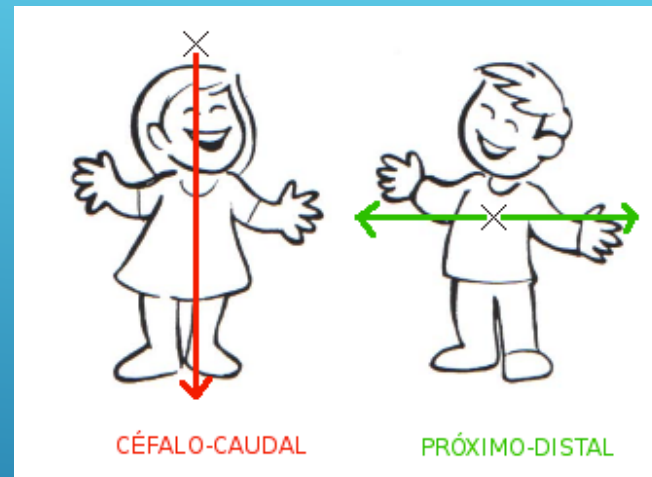
... **acuidade auditiva:** muito desenvolvida desde a nascença, diferenciação e preferência auditiva (voz da mãe)

... localiza o som virando a cabeça e olhando na mesma direção

(Hockenberry & Wilson, 2014)

Amadora

4 de Dezembro de 2017



Fonte: <http://aprenentatge-i-desenvolupament.webnode.es/el-desenvolupament-psicomotor/>

Dario Antunes

LACTENTE: DESENVOLVIMENTO BIOLÓGICO (3 MESES)

Motricidade fina – Preensão

- ... mãos predominantemente abertas
- ... preensão palmar – desenvolvimento da preensão em pinça

Motricidade grosseira – Postura, controlo da cabeça, equilíbrio, sentar, gatinhar e andar

- ... segura a cabeça mais ereta quando está sentado, embora ainda caia para a frente
- ... ligeira falta de controlo da cabeça quando puxado para posição de sentado
- ... postura corporal simétrica
- ... ventral – eleva ombros e cabeça num ângulo de 45 a 90 graus
- ... suporte parcial ao seu peso quando seguro na posição de pé
- ... observa a própria mão

(Hockenberry & Wilson, 2014)

Amadora

4 de Dezembro de 2017

Dario Antunes



LACTENTE: DESENVOLVIMENTO COGNITIVO (3 MESES)

Estádio Sensório-Motor (Piaget) – Reações circulares primárias (1-4 meses)

... Desenvolvimento cognitivo

- ... substituição do comportamento reflexo por atos voluntários
- ... início da acomodação (causalidade)

... Comportamento

- ... reconhecimento da face e objetos familiares
- ... descoberta do corpo
- ... aborrecimento se deixado sozinho
- ... sem ansiedade de separação desde que em ambiente e rotina familiar

(Hockenberry & Wilson, 2014)

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



LACTENTE: DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL (3M)

DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL

... Fase Oral (Freud)

... fonte de prazer – cavidade oral

... pés e mãos são objeto para brincar

DESENVOLVIMENTO SOCIAL

... vinculação – reconhecimento do progenitor

... comportamento pessoal-social (interesse pelo ambiente)

... excitação com a presença de um brinquedo

... recusa em ser deixado sozinho

... demonstração de prazer através de ruído gritante

... jogo – começam a brincar sozinhos (peluche, chocalho...)

(Hockenberry & Wilson, 2014)
Amadora

4 de Dezembro de 2017

Dario Antunes



LACTENTE: DESENVOLVIMENTO PSICOEMOCIONAL (3M)

DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

... Vinculação em profundo desenvolvimento – interação, fonte de conforto, de calma e de alegria

... 3º estágio de aprendizagem recíproca – “jogos” em que as vocalizações ou sorrisos, ocorrem geralmente em surtos de quatro, e são imitados pelos pais numa série de surtos ou “jogos” recíprocos

... Comunica intencionalmente – sorrisos, vocalizações e choro

... Período de agitação ao final do dia substituído por período de comunicação intensa

... Interage com quem é familiar e simpático para ele

... Chora e irrita-se quando retirado um brinquedo ou fonte de conforto

Dario Antunes

(Brazelton, 2013; Brazelton & Greenspan, 2003)

Amadora

4 de Dezembro de 2017



LACTENTE: SINAIS DE ALARME (3MESES)

Postura e motricidade global

- Deixa cair a cabeça quando puxado para a posição de sentado
- Mãos persistentemente fechadas
- Membros rígidos em repouso
- Postura assimétrica

Visão e motricidade fina / visuomotricidade

- Não faz contacto ocular
- Não fixa nem segue objetos com o olhar

Audição e linguagem

- Sobressalto ao menor ruído

Comportamento e adaptação social

- Não sorri
- Chora e grita quando lhe tocam

(Castelo & Fernandes, 2009; Pinto, 2009; OE, 2010; DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014)

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



LACTENTE: SINAIS DE ALARME (3MESES)

Postura e motricidade global

- Deixa cair a cabeça quando puxado para a posição de sentado
- Mãos persistentemente fechadas
- Membros rígidos em repouso
- Postura assimétrica

Visão e motricidade fina / visuomotricidade

- Não faz contacto ocular
- Não fixa nem segue objetos com o olhar

Audição e linguagem

- Sobressalto ao menor ruído

Comportamento e adaptação social

- Não sorri
- Chora e grita quando lhe tocam

(Castelo & Fernandes, 2009; Pinto, 2009; OE, 2010; DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014)

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL



Mary Sheridan Modificada

dos 0 aos 5 anos

Aplicação rápida

Precisa

Fiável

(OE, 2010)



Schedule of Growing Skills II

dos 0 aos 5 anos

Aplicação mais demorada

Precisa

Fiável

Síntese gráfica

Amadora

4 de Dezembro de 2017

Dario Antunes



MARY SHERIDAN MODIFICADA

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral – levanta a cabeça. • Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. • Em tração pelas mãos – a cabeça cai. • Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. • Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. • Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. • Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. • De pé – flete os joelhos, não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. • Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. • Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. • Mantém-se sentado(a) sem apoio. • De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. • Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. • Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. • Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. • Apresenta convergência ocular. • Faz nestaneio de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem preensão palmar. • Leva os objetos à boca. • Transfere objetos. • Esquece imediatamente o objeto quando este cai. • Apresenta boa convergência (estrabismo anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem preensão e manipulação. • Leva tudo à boca. • Aponta com o indicador. • Faz pinça. • Atira os objetos ao chão deliberadamente. • Procura o objeto que caiu ao chão.

Dario Antunes



(DGS, 2013)

Amadora
4 de Dezembro de 2017

MARY SHERIDAN MODIFICADA

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> • Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segue os sons a 45 cm do ouvido. • Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. • Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem atenção rápida para os sons perto e longe. • Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. • Repete várias sílabas ou sons do adulto.
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa a face da mãe quando o alimenta. • Tem sorriso presente às 6 semanas. • Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri. • Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). 	<ul style="list-style-type: none"> • Leva uma bolacha à boca. • Mastiga. • Distingue os familiares dos estranhos.

Dario Antunes

(DGS, 2013)

Amadora
4 de Dezembro de 2017

SCHEDULE OF GROWING SKILLS II

[illegible]

888 21 - REOLIA DE VULNDAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Forma de Preenchimento

Nome do participante: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Local de avaliação: _____

Idade da criança: _____

Sexo da criança: _____

Local de avaliação: _____

☐ Avaliar apenas a habilidade de linguagem

☐ Avaliar todas as habilidades

Área de Competência

Idade da Criança	Linguagem				Mov. Grosso				Mov. Fino				Identificação				Resolução de Problemas				Autonomia			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
12 meses																								
15 meses																								
18 meses																								
24 meses																								
30 meses																								
36 meses																								
42 meses																								
48 meses																								
54 meses																								
60 meses																								
66 meses																								
72 meses																								
78 meses																								
84 meses																								
90 meses																								
96 meses																								
102 meses																								
108 meses																								
114 meses																								
120 meses																								

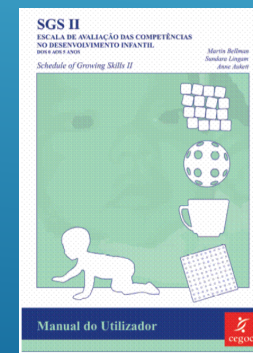
Assinatura do avaliador: _____

Assinatura da mãe: _____

Assinatura do avaliador: _____

Assinatura da mãe: _____

Observações



(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

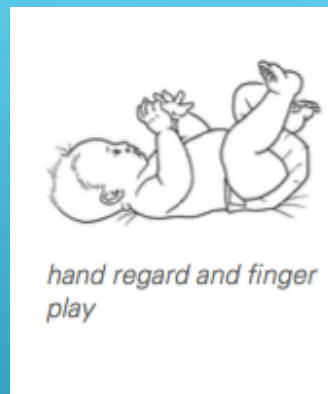
Amadora
4 de Dezembro de 2017

Dario Antunes



SCHEDULE OF GROWING SKILLS II – 3

Data das Avaliações					
COMPETÊNCIAS NO CONTROLO POSTURAL PASSIVO					
Decúbito Dorsal					
1. Cabeça centrada em relação ao tronco	1				
2. Levanta as pernas até à posição vertical e agarra os pés (olha para os pés)	2				
Suspensão Ventral					
3. Cabeça em alinhamento com o tronco, ancas em semi-extensão	1				
4. Cabeça acima da linha do tronco, ancas e ombros em extensão	2				
Puxar para Sentar					
5. Cabeça descaída para trás, quando se puxa a criança para a sentar com o tronco vertical; a cabeça fica momentaneamente direita, antes de descair para a frente	1				
6. Cabeça pouco ou nada descaída	2				
7. Puxa os ombros para a frente e faz força para se sentar	3				
Posição Sentada (com apoio de um adulto)					
8. Costas curvadas	1				
9. Costas direitas	2				
Resultado das Competências no Controlo Postural Passivo					



(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

Amadora
4 de Dezembro de 2017

Dario Antunes

SCHEDULE OF GROWING SKILLS II

COMPETÊNCIAS NO CONTROLO POSTURAL ACTIVO					
Decúbito Ventral					
10. Cabeça de lado, apoiada numa das faces, nádegas elevadas com os joelhos flectidos sob o abdómen, braços junto ao peito com os cotovelos flectidos	1				
11. Levanta a cabeça momentaneamente, nádegas elevadas	2				
12. Levanta a cabeça e a parte superior do tronco, apoiando-se nos antebraços e mantendo as nádegas no plano de apoio	3				
13. Suporta o peso do corpo sobre os braços estendidos e as palmas das mãos abertas	4				
14. Adota a posição de gatinhar	5				
Posição Sentada (sem apoio)					
15. Mantém-se sentado/a sem apoio, embora só por uns momentos	1				
16. Mantém-se sentado/a sem apoio, por períodos prolongados (pelo menos, durante 10 segundos)	2				
17. Consegue adoptar a posição sentada, a partir das posições ventral ou dorsal	3				
Posição de Pé					
18. Quando segurado/a na posição de pé, suporta algum peso do corpo nos pés	1				
19. Quando segurado/a na posição de pé, suporta a totalidade do peso do corpo nos pés	2				
20. Consegue manter-se de pé com apoio	3				
21. Consegue pôr-se de pé	4				
Resultado das Competências no Controlo Postural Activo					



Deitado de barriga



Dario Antunes

(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

Amadora
4 de Dezembro de 2017

SCHEDULE OF GROWING SKILLS II

COMPETÊNCIAS MANIPULATIVAS					
Aptidão Manual					
42. Mãos fechadas sobre o polegar	1				
43. Olha para as mãos e brinca com os dedos	2				
44. Aperta as mãos pressionando as palmas uma contra a outra	3				
45. ■ Preensão palmar	4				
46. ■ Passa um brinquedo de uma mão para a outra	5				
47. ■ Segura dois cubos, um em cada mão, juntando-os	6				
48. ■ Preensão de pinça inferior	7				
49. ■ Preensão de pinça fina	8				
50. ■ Atira brinquedos para o chão intencionalmente (lançamento)	9				
51. ■ Vira páginas de um livro, várias em simultâneo	10				
52. ■ Vira páginas de um livro, uma de cada vez	11				
53. ■ Coloca 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos	12				
54. ■ Coloca 8 pinos no tabuleiro para pinos em 30 segundos	13				



Dario Antunes

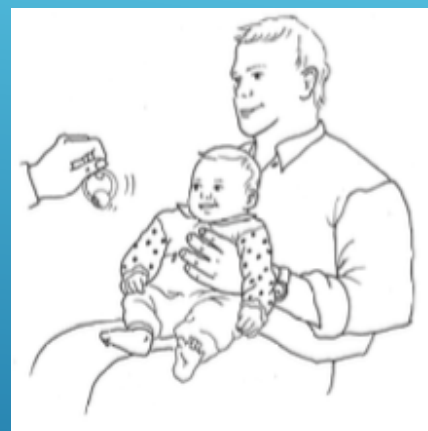
(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

Amadora
4 de Dezembro de 2017



SCHEDULE OF GROWING SKILLS II

COMPETÊNCIAS VISUAIS					
Função Visual					
70. ■ Volta-se na direcção de uma luz difusa	1				
71. ■ Fixa, por um breve período de tempo, um pompom à distância de 30 cm	2				
72. ■ Segue com o olhar um objecto que oscila num movimento pendular de 90°	3				
73. ■ Segue com o olhar um objecto que oscila num movimento pendular de 180°	4				
74. ■ Converge os olhos quando um objecto se aproxima	5				
75. ■ Aponta o dedo com precisão para um objecto pequeno	6				
Compreensão Visual					
76. ■ Vê o brinquedo cair, mas não o procura no chão com o olhar (não há noção de permanência do objecto)	1				
77. ■ Procura o brinquedo com o olhar no local correcto onde este caiu (há noção de permanência do objecto)	2				
78. ■ Procura o brinquedo perdido	3				
79. Observa, com interesse, movimentos das pessoas que se encontram a alguma distância ou que vê através de uma janela	4				
80. Aponta com o dedo para objectos distantes	5				
81. ■ Mostra interesse por imagens	6				
82. ■ Reconhece detalhes no Livro de Figuras	7				
83. ■ Completa o Quadro de Encaixe com formas geométricas	8				
84. ■ Completa o Quadro de Encaixe com peixes	9				
85. ■ Reconhece pequenos detalhes de uma imagem	10				
86. ■ Combina 2 cores	11				
87. ■ Combina 4 cores	12				
88. ■ Combina todas as 10 cores dos cartões	13				
89. ■ Realiza o teste de visão linear (6 metros)	14				
Resultado das Competências Visuais					



Dario Antunes



(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

Amadora
4 de Dezembro de 2017

SCHEDULE OF GROWING SKILLS II

Data das Avaliações				
COMPETÊNCIAS NA AUDIÇÃO E LINGUAGEM				
Função Auditiva				
90. Sobressalta-se devido a um barulho súbito	1			
91. Responde à voz	2			
92. Olha na direcção da voz dos pais	3			
Compreensão da Linguagem				
93. Vira a cabeça na direcção da fonte sonora	1			
94. Está atento/a aos sons do seu dia-a-dia	2			
95. Compreende o significado de "não"/"adeus"	3			
96. Reconhece o próprio nome	4			
97. Compreende os nomes de objectos ou pessoas que lhe são familiares	5			
98. ■ Consegue seleccionar 2 objectos de um grupo de 4	6			
99. Consegue indicar 2 partes do corpo que são nomeadas (p.e. nariz e mãos)	7			
100. ■ Consegue indicar as partes do corpo de uma boneca (p.e. olhos e barriga)	8			
101. ■ Executa uma ordem com duas acções	9			
102. ■ Mostra compreender os verbos, utilizando figuras que representam diferentes acções	10			
103. ■ Mostra compreender as funções dos objectos, utilizando figuras	11			
104. ■ Mostra compreender preposições	12			
105. ■ Mostra compreender adjectivos relacionados com o tamanho	13			
106. ■ Mostra compreender a negação	14			
107. ■ Executa uma ordem com duas instruções	15			
108. Compreende perguntas de alguma complexidade	16			
109. ■ Executa uma ordem com três instruções	17			
110. ■ Compreende a negação em frases complexas	18			
Resultado das Competências na Audição e Linguagem				



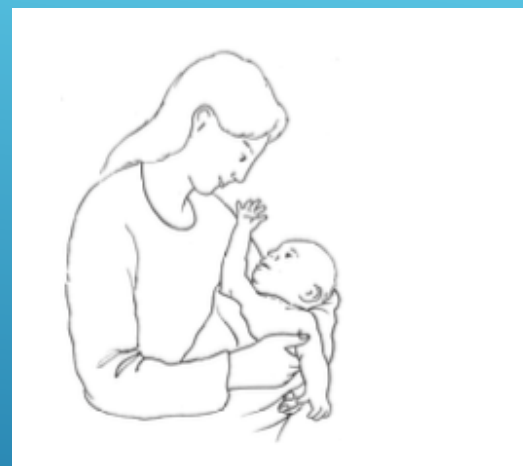
Dario Antunes

(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

Amadora
4 de Dezembro de 2017

SCHEDULE OF GROWING SKILLS II

COMPETÊNCIAS NA FALA E LINGUAGEM					
Vocalização					
111. Emite sons guturais	1				
112. Vocaliza quando está contente	2				
113. Ri, sorri e grita quando brinca	3				
114. Palavra contínua e melodiosamente (variando a entoação da voz)	4				
115. Imita sons produzidos pelos adultos (tosse, "brrr", estalar os lábios)	5				
Linguagem Expressiva					
116. "Jargão" constante recorrendo a vogais e muitas consoantes	1				
117. Utiliza uma palavra com significado	2				
118. Comunica, recorrendo simultaneamente a gestos e vocalizações	3				
119. Utiliza várias palavras (pelo menos 4) com significado	4				
120. Utiliza mais de 7 palavras com significado	5				
121. Tenta repetir as palavras que são verbalizadas por outros	6				



Dario Antunes

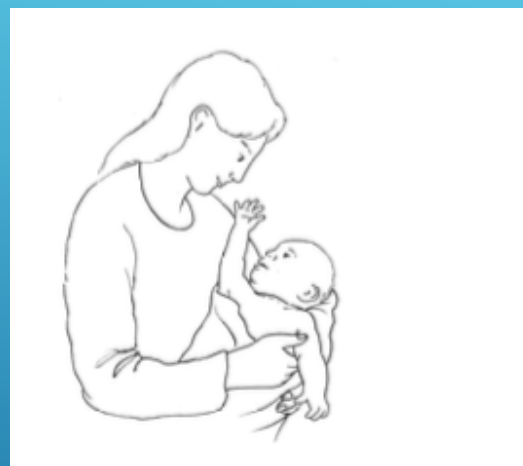
(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

Amadora
4 de Dezembro de 2017



SCHEDULE OF GROWING SKILLS II

COMPETÊNCIAS NA INTERACÇÃO SOCIAL				
Comportamento Social				
133. Sorri	1			
134. Responde positivamente ao toque amistoso	2			
135. Aprecia o banho e os cuidados diários	3			
136. ■ Leva tudo à boca	4			
137. Mostra aborrecimento quando é contrariado/a	5			
138. Bate palmas ou acena "adeus"	6			
139. Explora objectos no ambiente circundante	7			
140. Imita as actividades diárias	8			
141. Comportamento rebelde	9			
142. Brinca com outras crianças mas não partilha brinquedos	10			
(143) Partilha brinquedos	11			
(144) Mostra interesse pelos irmãos e companheiros de brincadeira	12			
145. Ajuda activamente os irmãos e companheiros de brincadeira	13			
146. Nomeia os seus melhores amigos	14			
Brincar				
147. ■ Abana uma roca	1			
148. ■ Procura um brinquedo que está parcial, mas não totalmente, escondido	2			
149. ■ Encontra rapidamente um brinquedo escondido	3			
(150) ■ Explora, com interesse, as propriedades e funcionalidades dos brinquedos e de outros objectos	4			
151. Brinca com satisfação sozinho/a ou junto de um familiar	5			
(152) Brinca com destreza	6			
153. ■ Chuta uma bola pequena	7			
154. ■ Atira uma bola pequena com o braço erguido	8			
(155) ■ Espera pela sua vez nas brincadeiras	9			
(156) Participa em brincadeiras de forma cooperativa e imaginativa, respeitando as regras	10			
Resultado das Competências na Interação Social				



Dario Antunes

(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

Amadora
4 de Dezembro de 2017

SCHEDULE OF GROWING SKILLS II

SGS II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Folha de Perfil

Nº de Ficha:

Nome: _____

Morada: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Recomendo a seguinte ação:

a) Ser visto/a daqui a meses para uma nova avaliação

meses para uma avaliação de rotina

Avaliador: _____

Profissão: _____

Data da Avaliação: _____ / _____ / _____

(Dia) (Mês) (Ano)

Local da Avaliação: _____

Assinatura: _____

Idade (meses)	Áreas de Competências										Idade (meses)
	Controlo Postural Passivo	Controlo Postural Activo	Locomotoras	Manipulativas	Visuais	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia Pessoal	Cognitivas	
60 meses			20	28	20	21	22	24	23	24	60 meses
			19	27		20	21		22	21	
48 meses			18	26		19	20		20	20	48 meses
			17	25	19	18	19	23	19	20	
36 meses			16	23	18	17	18	22	17	20	36 meses
			15	21	17	16	17	20	16	20	
30 meses			14	20	16	15	16	19	15	20	30 meses
			13	18		14	15	18	14	20	
24 meses			12	17	15	13	14	17	13	19	24 meses
			11	16	14	12	13	16	11	18	
18 meses			9	14		11	11	15	10	15	18 meses
			8	13	13		11	14	9	14	
15 meses			7	12		10		13	8	12	15 meses
			5	10		9	10	11	6	9	
12 meses		12	4	9	11	8	7	10	5	8	12 meses
			3	8	10	7	6	8	4	6	
10 meses		11	2							5	10 meses
		10	1	7	9	6	5	7	3	4	
8 meses		9		6	8	5	4	6	2	3	8 meses
		8								2	
6 meses	9	6		5							6 meses
	7	4			4	3	3	4	1	1	
6 meses	6			3	5			3			6 meses
	4					2	2	2			
1 mês	3			2							1 mês
	2										
0 meses	1										0 meses
		1									
Áreas de Competências	Controlo Postural Passivo	Controlo Postural Activo	Locomotoras	Manipulativas	Visuais	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia Pessoal	Cognitivas	
Qualidade											

*Utiliza a letra "Q" para indicar a preocupação com a qualidade do desempenho

(Bellman, Lingam & Aukett, 2003)

Referenciação se:

... + de 3 competências inferiores ou superiores à idade

Síntese gráfica

... compreensão gráfica do estágio de desenvolvimento

... individualização do plano de cuidados

... promoção do potencial de desenvolvimento

“... o conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento dos pais sobre as atividades que podem ajudar a promover a aquisição das competências, podem evitar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou lacunas na estimulação da criança. Assim mais do que apenas detectar os desvios patológicos da normalidade, é importante saber detectar os desvios fisiológicos e passíveis de correção através de medidas simples.

(Pinto, 2009, p. 677)

Dario Antunes

Amadora

4 de Dezembro de 2017



VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO EM PORTUGAL

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009)

... estimava a prevalência de perturbações emocionais e de comportamento na infância e adolescência entre 10 e 20%

... apenas 1 em cada 5 recebem cuidados de forma atempada e adequada

Maia, Fernandes, Leite, Santos & Pereira, 2016

... observacional, transversal e descritivo

... ACES Gaia e Espinho/Gaia

... 18 perguntas relativas à avaliação do desenvolvimento psicomotor no âmbito das consultas de saúde infantil

... 112 inquiridos (58% dos médicos de família do ACES)

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO EM PORTUGAL

Dificuldades

... 76% - falta de tempo

... 66% - falta de material

Material

... 44% não usa

... 21% só usa parcialmente

Profissional que avalia

... 99% - Médico de família

... 29% - Enfermeiro (predominantemente cumulativo)

Critérios para referenciação

... 84% - sinais de alarme e percepção clínica

(Maia, Fernandes, Leite, Santos & Pereira, 2016)

Amadora

4 de Dezembro de 2017

Dario Antunes



VIGILÂNCIA E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

- ... fundamental para a promoção da saúde da criança
- ... permite o diagnóstico atempado e a intervenção precoce
- ... deve ser realizada de forma contínua, sequencial e longitudinal
- ... estruturada e mensurada por um instrumento fiável, seguro e de fácil utilização

(OE, 2010)

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

- a) *Alteração na cronologia das **consultas referentes a idades-chave da vigilância***
- c) *Novo enfoque nas **questões relacionadas com o desenvolvimento infantil,***
as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos

- ... preconiza a **Escala de Mary Sheridan Modificada** como instrumento de avaliação
- (DGS, 2013)

Dario Antunes

Amadora

4 de Dezembro de 2017



A ENFERMAGEM E A VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

“... A enfermagem é uma profissão que cuida, a sua capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar, na prática, afetará o desenvolvimento humano da civilização e determinará o contributo da enfermagem para a sociedade”

(Watson, 2002, p.62)

“... intervenção da Enfermagem especializada em Saúde da Criança e do Jovem pode atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens que necessitem dos nossos cuidados visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto- cuidado.

(OE, 2012, p.9)

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



CONCLUSÃO

É fundamental vigiar e avaliar o desenvolvimento infantil devido ao seu impacto na criança, família e sociedade. (Pinto, 2009)

A avaliação sistemática do desenvolvimento infantil é essencial para realizar diagnósticos atempados e intervenções precoces que maximizem o potencial de desenvolvimento da criança. (Castelo & Fernandes, 2009)

A avaliação do desenvolvimento não deve assentar numa abordagem qualitativa baseada no senso clínico mas sim na aplicação de instrumentos, validados e precisos, que melhorem a deteção de alterações do desenvolvimento.

(Sices, 2007)

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



CONCLUSÃO

Os enfermeiros constituem o grupo com maior relevância na garantia e promoção de um adequado desenvolvimento infantil e têm um papel fundamental na avaliação do estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança.

(OE, 2010)

O enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, com base na utilização do instrumento selecionado.

(OE, 2010)

É da competência específica do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde da criança e do jovem promover e avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, orientar as famílias de forma antecipada e maximizar o potencial de desenvolvimento infantil.

(OE, 2010)

Amadora

4 de Dezembro de 2017

Dario Antunes



“... a mente e as emoções da pessoa são a janela da sua alma...”

Jean Watson

“... não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças...”

Nelson Mandela

Obrigado

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



Bibliografia

Brazelton, T. (2013). *O grande livro da criança* (13ª ed.). Lisboa: Presença.

Brazelton, T. & Greenspan, S. (2003). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (3ª ed.). Lisboa: Editora Presença.

Castelo, T., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31 (1), 12-17. Acedido a 10/12/2016, disponível em http://saudeinfantil.asic.pt/download.php?article_id=61

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido a 03/01/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-juvenis-emrisco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10/05/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



Bibliografia

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.) (Vol.1). Loures: Lusociência

Maia, A., Fernandes, J., Leite, M., Santos, H. & Pereira, S. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32 (4), 248-256.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011), Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017. Disponível
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (6), 677–687. Acedido a 10/12/2016, disponível em
http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1584/1/Rev%20Port%20Clin%20Geral%202009_25_677.pdf

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



Bibliografia

Sices, L. (2007). Use of developmental milestones in pediatric residency training and practice: time to rethink the meaning of the mean. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (1), 47-52. DOI:10.1097/DBP.0b013e31803084c6.

Watson, J. (2002b), *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

Dario Antunes

Amadora
4 de Dezembro de 2017



f) Apresentação de Comunicação Livre no Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

Resumo:

II Congresso da Secção Regional do Sul
(Re) Construir o Caminho da Enfermagem
10 e 11 de Novembro de 2017



Ficha para Submissão de Comunicação Livre

Título do Trabalho

Intervenções de enfermagem promotoras da capacitação e gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório: protocolo de uma revisão *scoping*

(O número máximo é de 5 autores. O autor/apresentador deverá estar assinalado com*)

Identificação dos Autores

Dados obrigatórios: Nome, Telefone, Telemóvel, E-mail.

- * Dario Antunes, 965381577, dario.antunes31@gmail.com,
- Paula Diogo, 925725907, pmdiogo@esel.pt

(Resumo com máximo de 350 palavras e 5 palavras-chave)

Resumo

Introdução: A experiência cirúrgica em idade pediátrica caracteriza-se por um ambiente ameaçador, pelo medo da dor e de não acordar da anestesia, e pela separação dos pais, sendo estes simultaneamente determinantes e potencializadores do *distress* perioperatório da criança ou jovem e da família (Curtis & Ragni, 2016).

Objetivos: Identificar e mapear a produção científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório

Metodologia: Para a elaboração do protocolo de revisão *scoping* foi realizada uma pesquisa da literatura nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, bem como na Joanna Briggs Institute (JBI) e na Cochrane Library, tendo sido utilizadas as palavras-chave e os termos de indexação que se adequam à pesquisa. Foram considerados estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas sobre o tema. Os estudos quantitativos incluem, mas não estarão limitados a desenhos de estudos experimentais e desenhos de observação. Os estudos qualitativos incluem, mas não estarão limitados a fenomenologia, *grounded theory* e projetos etnográficos. As revisões sistemáticas incluem meta-análises e meta-sínteses. Serão igualmente considerados outros textos tais como relatórios, artigos de opinião, artigos de discussão.

Submeter em PDF, através de email:

|| 1

Resultados: Os resultados preliminares revelam que a implementação de programas no perioperatório, cujo propósito assenta no suporte psico-emocional com recurso a material educativo e adaptado ao desenvolvimento da criança ou jovem, reduz o medo e ansiedade, e incrementa o seu bem-estar (Kassai *et al.*, 2016; Liguori *et al.*, 2016). Relativamente à presença parental durante a indução anestésica, é um factor de particular importância na diminuição da ansiedade da criança ou jovem e dos pais, sendo sua condição o devido suporte e capacitação (Kain *et al.*, 2009; Rasti-Emad-Abadi, Naboureh, Nasiri, Motamed & Jahanpour, 2017).

Conclusão: As intervenções de enfermagem no perioperatório, orientadas pela filosofia dos cuidados centrados na família, são fundamentais na redução do stress e ansiedade, e na promoção da segurança, respeito e bem-estar do cliente pediátrico, sendo cumulativamente importante pela promoção do desenvolvimento da criança e por ser facilitador de experiências futuras.

Palavras-chave: criança; jovem; família; emoções, enfermagem perioperatória.

Referências Bibliográficas

- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: na integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/0.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Kain, Z., Maclaren, J., Weinberg, M., Huszti, H., Anderson, C., & Mayes, L. (2009). How many parents should we let into the operating room?. *Pediatric Anesthesia*, 19 (3), 244-249. doi: 10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x.
- Kassai, B., Rabilloud, M., Dantony, E., Grousseau, S., Revol, O., Malik, S., ... & Pereira de Souza Neto, E. (2016). Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 95-102. doi:<https://doi.org/10.1093/bja/aew154>

- Liguori, S., Stacchini, M., Ciofi, D., Olivini, N., Bisogni, S., & Festini, F. (2016). Effectiveness of an App for reducing preoperative anxiety in children: A randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 170(8), e160533-e160533. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0533
- Lopez, C., Hanson, C., Yorke, D., Johnson, J., Mill, M., Brown, K., & Barach, P. (2016). Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric Cardiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ppedcard.2016.11.001>
- Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahanpour, F. (2017). The effects of preanesthetic parental presence on preoperative anxiety of children and their parents: A randomized clinical trial study in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 72. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14

Apresentação:

II CONGRESSO DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL

“ (Re) Construir o Caminho da Enfermagem ”

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA GESTÃO EMOCIONAL DA CRIANÇA OU DO JOVEM E FAMÍLIA NO PERIOPERATÓRIO: PROTOCOLO DE REVISÃO *SCOPING*

Dario Antunes

Enf. Perioperatório - CHLC,EPE

Mestrando em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Paula Diogo

Prof.ª Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem - ESEL

Doutorada em Enfermagem

Setúbal

10 de Novembro de 2017



Sumário

- ↪ Objetivos
- ↪ Enquadramento Conceptual
- ↪ Metodologia
- ↪ Resultados
- ↪ Conclusões

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal
10 de Novembro de 2017

Dario Antunes
Paula Diogo

Objetivos

Identificar e mapear a produção científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório?

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Enquadramento Conceptual

Criança ou Jovem

... todo o ser humano desde o seu nascimento até aos dezoito anos
(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Família

... conjunto de indivíduos que têm a responsabilidade de cuidar da criança ou jovem e que influenciam o seu crescimento e desenvolvimento, podendo ser os pais, pessoas significativas ou prestadores informais de cuidados.

(Hockenberry & Wilson, 2014)

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Enquadramento Conceptual

Emoções

... respostas químicas e neurais a estímulos que se manifestam na dimensão física enquanto alterações corporais e na dimensão da mente enquanto sentimentos, ou seja, o resultado da tomada de consciência da emoção.

(Damásio, 2012)

Perioperatório

... período anterior, durante e posterior à cirurgia, dentro do qual os cuidados de enfermagem assentam numa parceria cujo objetivo é garantir a segurança física e emocional do cliente

(AESOP, 2006)

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Enquadramento Conceptual

...a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas
(Watson, 2002)

... cuidar é estar emocionalmente aberto para o outro
(Swanson, 1993)

... a ausência de afeto se traduz na frieza da técnica e na negação do Cuidar
(Collière, 2003)

... cuidados centrados na família enquanto quadro de referência dos cuidados de enfermagem à criança ou ao jovem e sua família

(OE, 2011)

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Foco desta revisão

... a hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e para a sua família, sendo o medo e a ansiedade o espelho emocional desta experiência de tonalidade negativa que representa a vivência da doença e da hospitalização.

(Diogo, 2015)

... vivência é condicionante das experiências que lhe procedem
(Panella, 2016)

... montanha russa de emoções, impotência, “estar sentado em cima de alfinetes e agulhas”

(Wei *et al.*, 2016)

...promoção de políticas de suporte emocional
(IPFCC, 2017)

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Metodologia

Revisão scoping

- ... identificar e mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa
- ... identificar lacunas na evidência
- ... esclarecer conceitos-chave
- ... determinar não apenas a extensão da evidência disponível sobre determinada temática, mas também a forma como a pesquisa foi realizada

- ... norteada por um protocolo
- ... P (população), C (conceito), C (contexto)
- ... título, objetivo e questão
- ... background
- ... critérios de inclusão
- ... estratégia de pesquisa
- ... resultados

(JBI, 2015)

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Metodologia

População

- ... criança ou jovem
- ... família
- ... enfermeiro

Conceito

... todos os estudos que identifiquem quaisquer intervenções de enfermagem que sejam promotoras da gestão da emocionalidade da criança ou do jovem e família no período perioperatório.

Contexto

... perioperatório imediato
(Serra *et al.*, 2015; Goodman & Spry, 2016)

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Resultados

Pesquisa Preliminar

Identificação

Total de artigos encontrado nas plataformas de pesquisa:
CINAHL (n=91) MEDLINE(n=77) B-ON (n=51)
(n= 219)

Total de artigos encontrados noutras formas
de pesquisa
(n=18)

Triagem

Total de artigo após remoção de artigos em
duplicado
(n=218)

Elegibilidade

Total de artigos após a leitura do resumo
(n= 104)

Artigos excluídos por não serem relevantes
após leitura do resumo
(n=114)

Total de artigos colocados em apreciação
(n=33)

Artigos excluídos por inacessibilidade
ou por não responderem à questão
(n=71)

Incluídos

Total de artigos relevantes
(n=33)

Setúbal

10 de Novembro de 2017

II Congresso Secção
Regional do Sul

Dario Antunes

Paula Diogo

Resultados

Pesquisa Preliminar

... cuidados centrados na família no perioperatório: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório
(Chorney & Kain, 2010)

Preparação pré-operatória

(Kassai *et al.*, 2016; Liguori *et al.*, 2016; Panella, 2016)

- ... reduz o stress e ansiedade
- ... informação adequada relativamente à experiência anestésico-cirúrgica e à experiência sensorial
- ... adequada ao estágio de desenvolvimento da criança
(Johnson & Rodriguez, 2013)
- ... promover a participação parental
- ... recurso a diferentes estratégias: brincar, *modeling*, aplicações, livro de bd

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Resultados

Intraoperatório

Ambiente

(Panella, 2016; Goodman & Spry, 2016; Diogo, 2017)

... tranquilo e pouco estimulante... seguro e afetuoso

... adequado ao estágio de desenvolvimento: comunicação, coping, distração, modeling, brincar

Presença parental

(Kain *et al.*, 2009; Rasti-Emad-Abadi *et al.*, 2017)

... reduz o stress e ansiedade da criança ou jovem

... controverso: ansiedade (criança e profissionais)

... suporte e preparação

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Resultados

Intraoperatório

Comunicação

(Hanson-Heath, Muller & Cunningham, 2016; Lopez *et al.*, 2016)

... reduz a ansiedade

... promove o sentimento de respeito e participação

... integrado num programa individualizado: equipa, periodicidade, ambiente...

Pós-operatório

Ambiente

(Panella, 2016; Goodman & Spry, 2016; Diogo, 2017)

... tranquilo e pouco estimulante

... seguro e afetuoso

Presença parental

(Kain *et al.*, 2009; Chorney & Kain, 2010; Serra *et al.*, 2015)

... reduz o stress e ansiedade da criança ou jovem

... promove o sentimento de respeito e participação parental

Setúbal

10 de Novembro de 2017

II Congresso Secção
Regional do Sul

Dario Antunes

Paula Diogo

Conclusões

... cuidados de enfermagem perioperatórios

... cuidados centrados na família

... reduz o stress e ansiedade da criança ou jovem e família

... promoção da segurança e bem-estar

... promove o sentimento de respeito

... facilitador de experiências futuras

... promover o desenvolvimento da criança

Setúbal

10 de Novembro de 2017

II Congresso Secção
Regional do Sul

Dario Antunes

Paula Diogo

Bibliografia

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751—755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.) Loures: Lusociência
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão para 2020*. Lisboa: DGS, Consultado em 04/02/2017, disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Goodman, T. & Spry, C. (2016). *Essentials of Perioperative Nursing* (5ª ed.) Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc
- Hanson-Heath, C. A., Muller, L. M., & Cunningham, M. F. (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN journal*, 103 (4), 414-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol.1). Loures: Lusociência
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido a 05/02/2017. Disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

Bibliografia

- Johnson, N., Rodriguez D. (2013). Children with autism spectrum disorder at a pediatric hospital: a systemic review of the literature. *Pediatric Nursing*, 39 (3), 131-141. Acedido a 05/07/2017, disponível em http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1282&context=nursing_fac
- Kain, Z., Maclaren, J., Weinberg, M., Huszti, H., Anderson, C., & Mayes, L. (2009). How many parents should we let into the operating room?. *Pediatric Anesthesia*, 19 (3), 244-249. doi: 10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x.
- Kassai, B., Rabilloud, M., Dantony, E., Grousseau, S., Revol, O., Malik, S., ... & Pereira de Souza Neto, E. (2016). Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 95-102. doi:<https://doi.org/10.1093/bja/aew154>
- Liguori, S., Stacchini, M., Ciofi, D., Olivini, N., Bisogni, S., & Festini, F. (2016). Effectiveness of an App for reducing preoperative anxiety in children: A randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 170(8), e160533-e160533. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0533
- Lopez, C., Hanson, C., Yorke, D., Johnson, J., Mill, M., Brown, K., & Barach, P. (2016). Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric Cardiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ppedcard.2016.11.001>
- Ordem dos Enfermeiros (2011), Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017. Disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Setúbal

10 de Novembro de 2017

II Congresso Secção
Regional do Sul

Dario Antunes

Paula Diogo

Bibliografia

- Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
- Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahanpour, F. (2017). The effects of preanesthetic parental presence on preoperative anxiety of children and their parents: A randomized clinical trial study in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 72. doi: [10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14)
- Serra, M., Filho, F., Albuquerque, A., Santos, C., Carvalho, J., Silva, R. (2015) Nursing Care in the Immediate Postoperative Period: A Cross-sectional Study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14 (2), p161-167. Consultado a 03/05/2017, disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5082>
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357. Doi: [10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x)
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015*. Australia: The Joanna Briggs Institute
- Watson, J. (2002), *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>

II Congresso Secção
Regional do Sul

Setúbal

10 de Novembro de 2017

Dario Antunes

Paula Diogo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*, (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Brazelton, T. B. (1988). O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Artes Médicas.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editora Presença.
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient education and counseling*, 99 (2), 173-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.004>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1 (1): 13-24. Philadelphia: Aspen Publishers, Inc.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: na integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/0.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Decreto Lei nº. 298 de 22 de Agosto de 2007. *Decreto Lei nº. 298/2007*. Diário da República 1ª série, N.º 161 (22-08-2007) 5587 - 5596
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral de Saúde (2016). *Plano Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Acedido em 14/04/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10/05/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Divisão de Informação Geográfica, (2011). *Amadora Censos 2011. Síntese dos resultados definitivos*. Amadora: Município da Amadora. Acedido a 02/11/2017, disponível em http://www.cm-amadora.pt/images/TERRITORIO/INFORMACAO_GEOGRAFICA/PDF/ESTATISTICA/S/sintese_resultados_definitivos_censos_2011.pdf
- European Operation Room Nurse Association (1997). *European Common Core Curriculum for Operating Department Nursing Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória*. Bélgica: EORNA
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5ª ed.). Temas e debates: Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *RETORNO DE INFORMAÇÃO PERSONALIZADA DOS MUNICÍPIOS*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 02/11/2017, disponível em http://www.cm-amadora.pt/images/TERRITORIO/INFORMACAO_GEOGRAFICA/PDF/ESTATISTICAS/1115.pdf
- Hochschild (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.). (Vol 1 e 2) Loures: Lusociência
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Intitute for Patient and Family Centered Care. Acedido a 05/02/2017, disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Kérrouac, S., Pépin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Maloine.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Supplement). Acedido a 11-12-2016.

Disponível em <http://www.fons.org/library/journal/volume5-person-centredness-suppl/article1>

National Child Stress Network (2004), *The pediatric medical traumatic stress. A comprehensive care*. Acedido em 20/02/2017, disponível em

<http://www.nctsn.org/trauma-types/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-for-health-care-providers>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Portaria n.º 281 de 26 de Outubro de 2016. *Portaria n.º 281/2016*. Diário da República 1ª série, N.º 206 (26-10-2016) 3829 - 3830

Sahebihag, M., Hosseinzadeh, M., Mohammadpourasl, A., & Kosha, A. (2011).

The effect of breastfeeding, oral sucrose and combination of oral sucrose and breastfeeding in infant's pain relief during vaccination. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16 (1), 1. Acedido a 2/12/2017, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127381/>

Smith, P. (1992). *The emotional labour of Nursing: Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in Nursing*. Houndmills: Macmillan.

Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nurse care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253-261. doi: 10.1016/j.nepr.2008.08.009

Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., ... & Midmer, D. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182 (18), 843.855. Acedido a 2/12/2017, disponível em <http://www.cmaj.ca/content/182/18/E843.short>

- Taddio, A., McMurtry, C. M., Shah, V., Riddell, R. P., Chambers, C. T., Noel, M., ... & Lang, E. (2015). Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 187(13), 975-982. Acedido a 2/12/2017, disponível em <http://www.cmaj.ca/content/187/13/975>
- UNICEF. (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança: adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 07/01/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- World Health Organization (2016). A69/39 - Framework on integrated, people-centred health services. Genébra: WHO

ANEXOS

ANEXO I

II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

Certificado de Presença



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DARIO MANUEL GONÇALVES CANIÇO ANTUNES

membro n.º 51139 desta Ordem, esteve presente no **II Congresso da Secção Regional do Sul**, nos dias **10 e 11 de Novembro de 2017**, em **Setúbal**, no **Fórum Municipal Luísa Todi**.

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sérgio Branco", is written over a horizontal line.

Sérgio Branco



Certificado de Apresentação



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

DARIO ANTUNES

Membro n.º 51139 desta Ordem, participou no **II Congresso da Secção Regional do Sul**, que se realizou nos dias **10 e 11 de Novembro de 2017**, em **Setúbal**, no **Fórum Municipal Luísa Todi**, enquanto **Coautor** da Comunicação Livre apresentada no dia 10 de Novembro de 2017, com o título:

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA CAPACITAÇÃO E GESTÃO
EMOCIONAL DA CRIANÇA OU DO JOVEM E FAMÍLIA**

Coautores:
Dario Antunes (apresentado por)
Paula Diogo

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sérgio Branco", is written over a series of light, curved, overlapping lines that form a decorative background element.

Sérgio Branco



ANEXO II

**Conferência Internacional “Addressing na Supporting Family and Child
Wellbeing” Fundação Brazelton/Gomes-Pedro**



CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

09|10 NOV 2017

ADDRESSING
AND SUPPORTING
FAMILY AND CHILD
WELLBEING

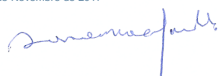
Pelo Bem-estar da Criança e da Família

Certifica-se que

Dário Manuel Gonçalves Caniço Antunes

participou na Conferência Internacional *“Addressing and Supporting Family and Child Wellbeing | 15 years of Touchpoints in Portugal”*, realizada nos dias 9 e 10 de Novembro de 2017, na Faculdade de Medicina Dentária, em Lisboa.

Lisboa, 10 de Novembro de 2017



Prof. Doutor João Carlos Gomes-Pedro

Presidente do Conselho de Administração da Fundação Brazelton/Gomes-Pedro Para as Ciências do Bebê e da Família

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELÊNCIA



O Presidente da República

Apêndice V
Atividades de Estágio na Cardiologia Pediátrica



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

Guia de Atividades de Estágio
Internamento de Cardiologia Pediátrica

Mestrando:

Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes

Lisboa
Dezembro de 2017



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

Guia de Atividades de Estágio
Internamento de Cardiologia Pediátrica

Mestrando:
Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes n.º 7328

Docente Orientador:
Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeiro Orientador:
Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem Mário
Duque

Lisboa
Dezembro de 2017

ÍNDICE

SUMÁRIO	3
a) Enquadramento conceptual	4
b) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados	7
c) Apresentação do local de estágio	13
d) Análise das práticas de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica	14
e) Diário de Campo – O percurso perioperatório da criança ou jovem e família submetida a cirurgia cardíaca	25
f) Apresentação de comunicação livre na XVII Reunião Conjunta entre a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiotorácica e Vascular e a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia a 24 e 25 de Novembro de 2017: Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
APÊNDICES	48
APÊNDICE I - Protocolo Multisectorial – Prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem submetido a cirurgia cardíaca para a cateterização e manutenção do dispositivo intravascular	49
ANEXOS	62
ANEXO I - Congresso da SPCCTV 4D Visions	
ANEXO II - Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular – Vol. 24	

SUMÁRIO

A elaboração deste Guia Orientador das Atividades de Estágio, enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, integrada no 3º Semestre do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A elaboração do presente documento, tem como base o meu projeto de estágio que parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que será analisado à luz dos quadros de referência do cuidar em enfermagem à criança ou jovem e sua família. Esta problemática, irá simultaneamente permitir a articulação com a definição de um percurso formativo que decorrerá nos diferentes contextos da prática, por forma a promover o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Este desenvolvimento de competências, terá como base a metodologia reflexiva e a prática baseada na evidência, na medida em que são condições para o desenvolvimento do conhecimento enquanto mestrando e futuro EEESIP.

Assim, o desenvolvimento do projeto parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que se relaciona com a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório. A experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família (Diogo, 2015, 2017). Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a incerteza, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como etimologia do *distress* da criança ou jovem e da família no perioperatório.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), pelo seu lado, define os cuidados centrados na família como filosofia central do cuidar em pediatria, segundo a qual o suporte emocional é um pilar essencial (Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), 2017; OE, 2010). Watson (2002a, 2002b), refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Já a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP) (2006), pelo seu

lado, define o propósito da enfermagem perioperatória na orientação do cuidar para a pessoa e na garantia da sua segurança física e emocional.

Desta forma, são meus objetos de estudo a compreensão da experiência emocional da criança ou jovem e família no perioperatório, e a identificação das intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

k) Enquadramento conceptual

Cuidados Centrados na Família

A publicação da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada em 1988, foi um marco muito importante na história dos direitos das crianças. Ela veio defender o melhor interesse da criança e promover o seu bem-estar, na medida em que identifica os direitos essenciais das crianças durante o período em que estão hospitalizadas (UNICEF, 1990).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), pelo seu lado, identifica o cliente pediátrico num binómio indissociável de que fazem parte a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa. Identifica como responsabilidade do enfermeiro, o trabalho em parceria com a criança ou jovem e família/pessoa significativa, devendo para isso promover a educação para a saúde e capacitar o cliente, bem como adequar o suporte familiar e comunitário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em continuidade com a sua resolução de 2009, integra os cuidados centrados na pessoa como política nuclear no fortalecimento dos sistemas de saúde e na garantia da qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2016).

A European Operation Room Nurse Association (EORNA) (1997), evoca à defesa do cliente, familiares e outras pessoas significativas referindo o seu direito de receber as informações necessárias, bem como o suporte emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios. Já a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) (2006), fundamenta o seu propósito e desígnio na defesa e orientação dos cuidados de enfermagem perioperatórios para a pessoa, tendo como base

uma parceria cujo objetivo é garantir a sua segurança física e emocional, prevenindo a infecção e os acidentes.

Tal como McCormack *et al.* (2015) referem, a evidência reflete a evolução da prática e dos cuidados, no sentido dos cuidados centrados na pessoa. O Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), refere que os cuidados centrados na família têm como base integrar na prática clínica a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa, na perspetiva do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, bem como na dimensão do desenvolvimento de políticas organizacionais e institucionais dos cuidados de saúde. A parceria estabelecida entre os prestadores de cuidados e os clientes, elemento central dos cuidados centrados na família, são nucleares na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, ao mesmo tempo que promovem o bem-estar e a satisfação dos clientes (IPFCC, 2017).

O modelo dos cuidados centrados na família está assente em quatro pilares conceptuais: dignidade e respeito; partilha de informação; participação; e colaboração. O IPFCC enquadra ainda como elementos centrais na filosofia dos cuidados centrados na família, o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança, o respeito pelos diferentes métodos de *coping*, a promoção da rede e suporte entre famílias, a resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, a promoção de políticas de suporte emocional e financeiro das famílias e a resposta às necessidades dos clientes, atendendo e respeitando a diversidade cultural (IPFCC, 2017).

Os Cuidados Centrados na Família no Paradigma da Transformação

A orientação para a pessoa, é a base da diferenciação da disciplina da enfermagem de outras disciplinas, e decorre de um percurso histórico de identificação e precisão do seu próprio domínio da investigação e da prática clínica. (Kérouac, Pépin & Ducharme, 1994). O Paradigma da Transformação, cujo enquadramento histórico é posterior a 1975, define-se na conceptualização de que cada fenómeno é único, estando em constante interação recíproca com uma unidade global e de maior dimensão, o mundo que a envolve. É neste paradigma que Watson integra o seu contributo para a enfermagem. Parte de uma preocupação e de um mal-estar, “o sofrimento humano e ecológico é

comum por todo o mundo, o cuidar que restaura, e o antigo sagrado feminino que a enfermagem simboliza, foi ferido e necessita de ser curado.” (Watson, 2002a, p.6). Watson enquadra-se num movimento de enfermeiros cuja inquietude faz emergir um novo paradigma orientado para aquele que entende como o arquétipo da enfermagem, a energia sagrada feminina do cuidar-curar. Evoca ao reacender da luz que ilumina o caminho em direção ao pós-moderno, guiado pela cosmologia transpessoal e transcultural, num propósito humanista de profundo respeito pela dignidade (Watson, 2002a). Segundo Watson (2002a, 2002b), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar.

A experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório

Assim, importa definir que, de acordo com Damásio (2012), se entende por emoções as respostas químicas e neurais a estímulos que se manifestam na dimensão física enquanto alterações corporais e na dimensão da mente enquanto sentimentos, ou seja, o resultado da tomada de consciência da emoção.

Mas foi a socióloga Hochschild (1983) que, ao estudar as emoções e o seu estreito relacionamento com a ação, trouxe para o conhecimento um novo conceito a que chamou de *emotional labour*, ou seja, trabalho emocional. Por sua vez, Smith (1992, 2009), integra este conceito na prática dos cuidados de enfermagem, descrevendo a capacidade, que mais do que inata deve ser aprendida e treinada, do enfermeiro em gerir e superar os seus sentimentos e conflitos internos, com fim a induzir a segurança e tranquilidade essenciais para o bem-estar e satisfação do cliente. Em sua continuidade, Diogo (2015) evidencia a dupla centralidade do trabalho emocional dos enfermeiros, na medida em que através de um processo de gestão emocional, os enfermeiros procuram regular a disposição emocional para cuidar e, simultaneamente, promover um ambiente e contexto de cuidados mais seguro, tranquilo e afetuoso – um cuidado emocionalmente competente.

Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a invasibilidade, a incerteza sobre o desenrolar do procedimento, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como causas importantes para o *distress*

da criança ou jovem e da família. Segundo Diogo (2015), a experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família, sendo que especificamente no contexto perioperatório, a falta de preparação, falhas de comunicação, bem como a incerteza e as significações individuais, têm um impacto extremamente negativo na dinâmica familiar (Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016). É neste enquadramento, que defino como problemática a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório, sendo esta predominantemente negativa e perturbadora, e caracterizada por vivências emocionalmente intensas associadas à cirurgia.

I) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados

Tendo em vista o desenvolvimento das competências do EEESIP defini como objetivos gerais do projeto de estágio:

- Desenvolver competências de EEESIP, tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença;
- Desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pela filosofia dos cuidados centrados na família, visando a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

Para além dos objetivos gerais, foram, também, estabelecidos objetivos específicos, atividades e as competências a desenvolver que apresento em seguida em forma de tabela.

Internamento de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências desenvolvidas
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a dinâmica organizacional, a estrutural do serviço e as conceções/modelos orientadores da prática clínica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos manuais, normas e procedimentos do serviço - Entrevista ao Enfermeiro chefe e/ou de referência <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de Guião da entrevista ▪ Apresentação do projeto e negociação das atividades a desenvolver - Observação da prática de cuidados e reflexão com o enfermeiro orientador 	<ul style="list-style-type: none"> - Manuais, normas e procedimentos do serviço/instituição; - Guião da entrevista 	

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e à família que visam a promoção dos cuidados centrados na família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre as práticas no contexto clínico; - Consulta dos diagnósticos, intervenções e resultados no sistema informático para identificar os mais frequentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem - Ciclo Reflexivo de Gibbs 	<p>A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das estratégias de comunicação da equipa de enfermagem com a criança ou jovem e família; - Mobilização de estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem 	<p>E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento</p>

<p>- Estimular a expressão das emoções e sentimentos, promovendo a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver;</p>	<p>- Estimulação da expressão emocional da criança ou jovem e família mobilizando técnicas adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento.</p> <p>- Promoção de momentos e espaços de partilha e suporte emocional à criança ou jovem e família, com base na parceria de cuidados, na filosofia dos cuidados centrados na família e no trabalho emocional em enfermagem pediátrica.</p> <p>- Análise da prática de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2015, 2017), disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paedi</p>	<p>- Escuta ativa e abertura à experiência emocional</p> <p>- Brincar, desenho e leitura de histórias</p> <p>- Estratégias de gestão emocional (sensibilidade vigilante; procura de informação prévia; disponibilidade; preparação para os procedimentos; postura calma e tranquila; envolvimento familiar)</p> <p>- Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes</p> <p>- Diário de Aprendizagem</p> <p>- Ciclo de Gibbs</p>	<p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</p>
--	---	--	--

	atric Nursing a propose Model for practice guidance		
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento; - Promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório; - Identificar as estratégias e fontes de suporte da criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre a prestação de cuidados do Enfermeiro de referência; - Colaboração e reflexão sobre a prestação de cuidados à criança ou jovem e família com o Enfermeiro de referência; - Realização de um Diário de Aprendizagem tendo como base uma situação significativa; - Prática baseada na evidência - Mobilização de estratégias de preparação cirúrgica pré-operatória adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; 	<ul style="list-style-type: none"> -- Diário de Aprendizagem - Carta terapêutica - Ciclo Reflexivo de Gibbs - Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes - Meios de tecnologia audiovisuais 	<p>B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</p> <p>B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</p> <p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</p> <p>E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</p>

<p>ou jovem e família para a sua gestão emocional;</p> <p>- Promover o reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família.</p>	<p>- Apresentação de comunicação livre na XVII Reunião Conjunta entre a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiorácica e Vascular e a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia a 24 e 25 de Novembro de 2017: <i>Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.</i></p>		<p>E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</p> <p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p> <p>E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde</p>
--	---	--	---

c) Apresentação do local de estágio

O serviço de CP está integrado num Centro Hospitalar de Lisboa diferenciado e certificado pelo Ministério da Saúde (Certificado com o código 22/2016) enquanto Centro de Referência para a área da Cardiopatia Congénita. Este serviço acolhe crianças, jovens e suas famílias, cuja faixa etária é predominantemente até aos 18 anos de idade, embora, acolha ainda, uma vez que a cardiopatia congénita é uma doença crónica (Fragata, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014), jovens adultos que por motivo da especificidade do seu problema de saúde, se mantêm ao longo da evolução do seu processo de saúde-doença em vigilância pela equipa da cardiologia pediátrica. Enquanto Centro de Referência Nacional, a CP destaca-se pelo diagnóstico, tratamento, ensino e investigação na área da criança ou jovem com cardiopatia congénita. Importa ainda referir que face à sua especificidade, apesar de ser um serviço de internamento, tem ainda uma atividade muito regular e volumosa de apoio à consulta de ambulatório desta especialidade, sendo sua expressão, no passado ano de 2017, a realização de cerca de 1500 consultas de enfermagem a crianças, jovens e suas famílias que recorreram a este serviço na continuidade da vigilância da evolução do seu processo de saúde-doença.

A CP foi recentemente sujeita a obras de restauração e melhoramento, acolhendo agora as crianças, jovens e suas famílias, num ambiente mais luminosos e colorido, com bonecos e desenhos que de certa alegram e aquecem esta experiência que se caracteriza particularmente por ser emocionalmente negativa e perturbadora (Capurso & Ragni, 2016; Diogo, 2015, 2017; Wei *et al.*, 2016). A CP tem dois quartos, com capacidade total para cerca de 7 crianças ou jovens e suas famílias, mais dois quartos individuais, habitualmente destinados a crianças ou jovens cujo processo de saúde-doença implica isolamento de contacto, e ainda um berçário com capacidade para acolher até 5 recém-nascidos ou latentes. A CP disponibiliza ainda uma sala de enfermagem, destinada à realização dos diversos procedimentos e intervenções de enfermagem, como a realização de pensos ou a colheita de sangue para análises; uma sala médica e gabinetes de realização de exames. Importa destacar, a disponibilidade de uma sala muito especial para as crianças, jovens

e suas famílias partilharem momentos de brincadeira, interação e aprendizagem. A brincadeira, é sem dúvida uma atividade essencial na gestão e promoção da harmonia e bem-estar das crianças, pelo que é da maior importância a disponibilização de um espaço para que possam brincar enquanto estão hospitalizadas, respeitando assim a continuidade com rotinas familiares e promovendo simultaneamente o desenvolvimento e bem-estar físico, psíquico, social e emocional da criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta sala oferece então, diversos livros, brinquedos, jogos e materiais, que podem ser utilizados com o apoio de um enfermeiro, da educadora infantil exclusivamente dedicada ao serviço, ou ainda, de forma completamente livre. É uma sala que reflete o respeito pelos direitos mais básicos e essenciais das crianças, o direito a “... ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a actividades recreativas...” (UNICEF, 1990).

No que diz respeito à equipa de enfermagem, importa salientar o facto de ser predominantemente composta por EEESIP e EEER, aos quais acrescem ainda alguns elementos no curso dos seus mestrados e especialidades, refletindo assim a importância e o respeito da equipa pela prática baseada na evidência, numa articulação de saberes específicos que elevam de forma muito particular a perícia e a qualidade dos cuidados de enfermagem. A prestação de cuidados de enfermagem na CP, orienta-se pelo método de prestação individual de trabalho, respeitando desta forma a individualização e humanização dos cuidados.

d) Análise das práticas de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

As minhas 4 semanas de estágio no serviço de Cardiologia Pediátrica (CP), foram muito ricas do ponto de vista da experiência emocional inscrita na essência dos cuidados prestados à criança ou jovem e família. Assim, nesta reflexão, proponho-me a analisar a prática de cuidados na CP à luz do modelo desenvolvido por Diogo (2017a) de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP). Esta análise terá como base a partilha de duas experiências, cuja sua pertinência assenta, mais do que na sua especificidade, no facto de

refletir de forma transparente, a transversalidade sob a forma como o modelo de TEEP se inscreve na base da prestação dos cuidados de enfermagem na CP.

Começo assim pela vivência partilhada com o Paulo (nome fictício), uma criança com 4 anos que entrava no serviço para ser internado para a realização de um cateterismo diagnóstico. Era a primeira vez que o Paulo recorria ao serviço de internamento da CP, uma vez que até à presente evolução do seu processo de saúde-doença, tinha apenas tido contacto com a Consulta Externa de CP, localizada noutro edifício do Hospital.

Antes da sua entrada no serviço, a enfermeira que ficou responsável pelo seu acolhimento, consultou o seu processo clínico, a fim de tomar conhecimento da especificidade do seu problema de saúde, bem como da evolução do seu processo de saúde-doença. O internamento para a realização de cateterismo, implicava, para fim de tipagem do grupo sanguíneo, bem como para a validação dos diferentes parâmetros analíticos, a colheita sanguínea aquando da entrada no serviço. Neste sentido, previamente à entrada do Paulo no serviço, a enfermeira preparou todo o material que iria necessitar para a realização da cateterização venosa periférica para colheita sanguínea, deixando o material devidamente envolvido por uma cobertura branca. Antes de sair da sala de enfermagem, ligou a televisão no Canal Panda, referindo-me “Acho que o nosso menino vai gostar de ver uns bonequinhos!!!!”. Enquanto nos deslocávamos para a porta de entrada para chamar o Paulo, passando pela sala da brincadeira refere à educadora de infância: “Vamos chamar o Paulo.”.

A enfermeira abriu a porta do serviço e dirigiu-se aos pais do Paulo, que aguardavam a sua chamada num banco do corredor. Apresentando-se aos pais, referiu que seria a responsável pelo seu acolhimento ao serviço de CP, que iria apresentar-lhes o serviço, o espaço reservado para o Paulo, e que lhes iria explicar todo o seu percurso previsto para este internamento. De seguida, colocando-se de cócoras, dirigiu-se ao Paulo, referindo: “Olá meu príncipe!!!! Eu sou a enfermeira Paula (nome fictício). Tu gostas de brincar com carrinhos meu amor?”. O Paulo estava envergonhado e não respondeu, escondendo-se atrás da mãe. “Olha e se fossemos todos brincar aos carrinhos?” Os pais referindo: “Tu gostas tanto de corridas Paulo, vamos ver o que a senhora enfermeira te vai mostrar”, e levantando-se dirigiram-se para a entrada do serviço. O Paulo entrou agarrado à mãe e olhando com desconfiança para o corredor, não queria passar

do hall de entrada. Nesta altura a enfermeira baixou-se junto a ele e disse-lhe: “Olha meu amor, o papá e a mamã vão estar sempre contigo, queres que te vá buscar o carrinho para brincarmos aqui?”. Fui então buscar os dois carrinhos e dei a escolher ao Paulo o que mais gostava. Cada um ficou com um carrinho e em tom de brincadeira, desafiei-o: “O que me dizes a uma corridinha de carros até aquela porta? Mas os papás têm que ir à frente a dizer o caminho para não nos perdermos!!!”. Os pais avançaram, o Paulo avançou com o carro e em tom de brincadeira disse-lhe: “Ei arrancas-te antes de mim!!! Vou-te apanhar!!!” e lá fomos até à entrada da sala de enfermagem brincando às corridas. Quando chegámos disse-lhe: “Parabéns campeão!!!! Ganhas-te a corrida do corredor!!!! A medalha vai para o carro verde e para o Piloto Paulo!!!!”. O Paulo estava visivelmente mais descontraído, sorrindo a brincadeira e a sua vitória. Os pais entraram na sala e o Paulo, sem que ninguém lhe sugerisse, deslocou-se acompanhado do seu carrinho até junto da televisão, onde passavam os bonecos que a enfermeira tinha previamente sintonizado.

Os momentos que se seguiram, dizem respeito ao normal acolhimento das crianças ou jovens e famílias na CP, combinando a partilha de informação relativamente ao serviço, especificamente as suas rotinas e o percurso expectável relativamente à presente experiência de hospitalização; com a partilha de informação relativamente ao Paulo e à sua família, como o nome pelo qual gosta de ser tratado, hábitos alimentares, hábitos de sono, brincadeiras preferidas, entre outras. Terminado este momento de partilha, a enfermeira referiu: “Tal como vos expliquei vamos ter que colher análises para validar que está tudo bem com o Paulo. Contudo, parece-me que ele ainda está um pouco desconfiado e por isso acho que lhe vamos dar mais um pouco de tempo e daqui por um bocado vou lá chamar-vos, ok?”. Os pais consentiram e a enfermeira dirigindo-se ao Paulo, disse-lhe “Olha meu querido, vamos conhecer os teus amigos e um sítio que é só teu e está guardado só para ti? Daqui por um bocadinho já vou lá ter contigo para conversarmos um pouco, pode ser?”. O Paulo estava inquestionavelmente mais confiante e descontraído, e assim, sorrindo, acenou com a cabeça e acompanhou os pais até ao seu quarto, que seria partilhado com outra criança de 6 anos.

O presente relato, mais do que representar uma experiência que tenha sido particularmente significativa, ela é uma expressão e reflexo de uma atitude

globalmente homogénea por parte da equipa de enfermagem. No decorrer destas 4 semanas, pude testemunhar e participar ativamente, neste cuidado que a equipa tem, na preparação da sala de enfermagem para a realização do acolhimento e dos diferentes procedimentos. O que de facto a equipa não faz, tal como Smith (1992, 2009) refere, é valorizar e reconhecer esta dimensão emocional inscrita na prática dos cuidados, reduzindo todo o trabalho desenvolvido à conceção de um simples acolhimento à criança ou jovem e família. O meu contributo nesta, bem como noutras experiências, foi também de promover junto da equipa, a reflexão sobre a dimensão emocional com que cada enfermeiro, de forma (in)consciente assina a sua prestação de cuidados, influenciando numa lógica transpessoal a intersubjetividade da experiência vivida (Watson, 2002b).

A forma e o cuidado que a enfermeira teve na preparação da sala, flui numa continuidade com todo um conjunto de ações que lhe procedem nesta experiência, como o avisar a educadora de infância que estava na sala da brincadeira, a partilha dos carros, a brincadeira das corridas, a forma como se dirigiu ao Paulo, ou a preocupação em garantir sempre a presença dos seus pais junto de si. Estas ações intencionais, são a expressão pela preocupação em “**promover um ambiente seguro e afetuoso**” na prestação de cuidados à criança ou jovem e família (Diogo, 2017a). A intencionalidade inscrita em toda esta preparação e no acolhimento, representa a forma pessoal como cada elemento da equipa se preocupa em tornar o ambiente hospitalar, profundamente ansiogénico para a criança ou jovem e família, num ambiente mais familiar, e desta forma mais seguro e tranquilo para todos (Diogo, 2015, 2017a, 2017b).

Contudo, experiências como estas revelam simultaneamente, tal como refere Diogo (2017a), que as 5 categorias do TEEP não são independentes, como dois polos magnéticos que se repelem, mas antes interdependentes, numa influente correlação indissociável. Assim, partindo desta experiência relatada, é possível compreender que tendo como propósito a promoção de um ambiente seguro e afetuoso, os enfermeiros não se inibem em “**nutrir os cuidados com afeto**” (Diogo, 2017a). O sorriso na cara, a forma como se dirigiu ao Paulo, colocando-se de cócoras e referindo palavras como “amor... príncipe...”, recorrendo simultaneamente à linguagem do “*inhos*”, são ferramentas pessoais canalizadas

aqui pela enfermeira, mas que são de igual forma muito utilizadas pela globalidade da equipa, em diversos momentos da sua prestação de cuidados. O momento de brincadeira, neste caso com a corrida de carros, enquadra-se nesta mesma lógica da dádiva de afeto. Sendo um recurso mais característico e específico de alguns elementos, a espontaneidade afetiva com que a brincadeira surge, representa o recurso ao *Self* na fenomenologia transpessoal do cuidar. E porque as emoções se transmitem em cascata (Collière, 2003), esta dádiva de afeto é muito importante não só para que as crianças se sintam amadas, mas para que todos se sintam mais tranquilos e confiantes, relativamente à experiência de hospitalização vivida, influenciando de forma muito importante a construção e estabilidade da relação (Diogo, 2015, 2017a, 2017b).

Daquela que foi a minha experiência ao longo do estágio na CP, a par com o presente relato da experiência com o Paulo, os enfermeiros têm uma preocupação constante na “**construção da estabilidade na relação**” (Diogo, 2017a). A promoção de um ambiente seguro e afetivo, profundamente enriquecido pela dádiva de afeto, são o espelho da autenticidade e honestidade do seu envolvimento emocional, numa relação assente na confiança, na partilha de informação e no mais profundo respeito pela dignidade da criança ou jovem e família (Diogo, 2015, 2017a, 2017b; Hockenberry & Wilson, 2014; IPFCC, 2017). Especificamente na experiência partilhada com o Paulo, a par com o envolvimento emocional já referido, há uma preocupação explícita no respeito pelo equilíbrio de poderes. Compreendendo que o Paulo, apesar de estar mais confiante, precisava ainda de mais tempo para se ambientar e ganhar confiança neste espaço, a enfermeira tendo partilhado junto dos pais a necessidade de realização da cateterização venosa periférica para colheita sanguínea, sugeriu que o procedimento fosse temporariamente suspenso. Tão importante quanto a sugestão, foi a forma como a enfermeira a partilhou junto dos pais, dando espaço à função parental que esteve na base de uma tomada de decisão partilhada. Tal como neste caso, tive diversas oportunidades de testemunhar e participar ativamente no respeito e promoção pelo equilíbrio de poderes na relação. Desde a simples escolha partilhada sobre o momento e local para a realização da colheita de sangue para análise do INR, passando pela disponibilidade permanente e pela preocupação em suportar os pais num propósito de colaboração mútua e tomada de decisão partilhada, os enfermeiros preocupam-

se transversalmente em construir e consolidar a estabilidade da relação. Assente num propósito de promoção da confiança e tranquilidade da criança ou jovem e família, esta categoria do modelo de TEEP, é fundamental para a sua melhor adaptação e capacidade para lidar com os diferentes processos de saúde-doença, tendo por base uma relação de cuidados harmoniosa, promotora da tranquilidade e da aceitação e compreensão para com os enfermeiros (Diogo, 2015, 2017a, 2017b).

O outro caso que trago para esta análise, diz respeito à jovem Leonor (nome fictício). Uma criança com 6 anos, cujo um problema de saúde diagnosticado à nascença, uma atresia da válvula tricúspide, levou a que tivesse de ser submetida a um conjunto de 3 operações (Shunt BT, Operação de Glenn e Operação de Fontain), estando presentemente no seu processo de saúde-doença de recuperação do pós-operatório da Operação de Fontain (Fragata, 2009). Os primeiros dois anos de vida da Leonor, foram envolvidos por uma complexidade de negligências por parte da mãe, relativamente à vigilância do seu estado e à prestação dos cuidados que vieram a culminar no seu abandono por parte da mãe, ficando desde então à exclusiva responsabilidade do seu pai. Seja porque desde que nasceu, já tinha estado internada várias vezes no serviço, em diferentes desenvolvimentos do seu processo de saúde-doença, ou pelo facto de estar presentemente internada há quase um mês, mas penso que particularmente pela empatia emocional criada entre a equipa; a Leonor e o seu pai, em resultado desta tão perturbadora quanto precoce experiência de vida, fez com que não só estivesse completamente familiarizada naquele contexto hospitalar, como estava particularmente envolvida, do ponto de vista da relação, com a equipa do CP. Era particularmente engraçado ver a forma como, tal como no seio de uma família, a Leonor se relacionava de forma específica com os diferentes elementos, recorrendo a uns para momentos de maior afeto e a outros para momentos de brincadeira.

A Leonor estava já numa fase muito avançada da presente hospitalização, estando o seu pós-operatório a evoluir de forma muito positiva. Até que um dia, enquanto estávamos a conversar com a mãe de uma adolescente internada no serviço, a educadora de infância chamou por ajuda, gritando: “Venham aqui à sala, a Leonor não se está a sentir bem!!!!”. Rapidamente nos deslocámos à sala da brincadeira, onde estava na altura a realizar atividades com a educadora de

infância, e observámos a Leonor, sentada na cadeira, pálida, com sudorese intensa, referindo um mal-estar geral e sensação de vômito. Pedi a uma auxiliar que chamasse a equipa médica enquanto os enfermeiros levavam a Leonor para o seu quarto e eu fui buscar o carro de reanimação.

Enquanto a equipa médica realizava a sua avaliação e despiste diagnóstico, a Leonor ia referindo que estava muito mal-disposta e chamava pelo seu pai, que se tinha ausentado temporariamente do serviço. Um eletrocardiograma (ECG), veio a diagnosticar uma taquicardia ventricular com cerca de 190bpm, levando a equipa médica a prescrever a administração de um bólus de Adenosina EV. A Leonor chorava assustada, num misto de medo e ansiedade causado pelo seu mal-estar e por toda a agitação criada em torno de si. Rapidamente uma enfermeira se baixou em frente à Leonor e agarrando num braço dela explicou-lhe: “Olha querida, eu sei que tu não queres, mas vais ter que ficar sossegada para te podermos dar uma piquinha que te vai tratar.” A Leonor começou a esbracejar e a gritar pelo pai, referindo que não gostava da enfermeira e que não a queria perto de si. A situação ficou tensa para todos os que estávamos ali, uma vez que a condição da Leonor colocava a sua vida em eminente risco. Nesta altura, a enfermeira entendeu sugerir que fosse um enfermeiro a cateterizar o acesso venoso periférico e a administrar a terapêutica. O enfermeiro, baixando-se ao nível da Leonor disse-lhe: “Eu gosto muito de ti meu amor, mas agora é altura de tratar de ti. O Dario vai te abraçar e eu vou ter que te dar uma pica. Tem que ser para tu ficares bem.” E assim foi. Abracei-me à Leonor, tentando de certa forma conter qualquer movimento que resultasse no fracasso da cateterização venosa periférica. A Leonor chorava, chamando pelo seu pai, enquanto todos lhe íamos dizendo que ia ficar tudo bem e que gostávamos muito dela. O acesso venoso foi cateterizado com sucesso, e no meio de toda aquela agitação fiquei simplesmente a abraçar a Leonor, sussurrando-lhe ao ouvido: “Já passou meu amor... já está querida... já não vai doer mais nada... teve que ser para que fiques bem meu amor, é pelo teu bem”. O primeiro bólus teve um efeito muito curto, levando a que a equipa médica desse indicação para a administração do segundo bólus. Tendo a resposta sido igualmente curta, foi dada a indicação para administração de um bólus de Amiodarona EV, seguido pela respetiva perfusão endovenosa contínua. O bólus

de Amiodarona foi eficiente, reconvertendo a taquicardia ventricular em ritmo sinusal (Fragata, 2009).

Estando a instabilidade hemodinâmica revertida com sucesso, todo o ambiente se aligeirou, com a equipa a oferecer diferentes formas de carinho, palavras de conforto, referindo que agora já estava tudo bem. Mas para a Leonor não estava. Apesar de visivelmente mais calma, continuava a chorar triste e magoada com o que se tinha passado. De formas diferentes cada um tentava alegrá-la e convencê-la de que tudo já estava bem. As palavras não tinham qualquer efeito. Sugeri então que a deixássemos ter o seu tempo, um tempo para ela, disponibilizando-me, se assim quisesse, para me manter ali a abraçá-la até que o pai chegasse. A Leonor acenou com a cabeça e ficámos apenas os dois, num silêncio em que apenas o calor do abraço quebrava a frieza e angústia da tristeza que chorava.

Tal como era hábito, não tardou muito para que o pai voltasse. Para minha surpresa, o pai já sabia o que se tinha passado, pois a enfermeira já tinha partilhado consigo tudo o que tinha acontecido e como se encontrava no momento. Quando deu entrada no quarto, deixei-os aos dois na privacidade do amor parental, força única capaz de restaurar o sofrimento da jovem Leonor. Quando saí do quarto, o ambiente no serviço estava mais calmo e mais tranquilo. Durante o turno, tal como seria expectável, a Leonor não sorriu nem falava com ninguém da equipa, acenando apenas a cabeça a perguntas que se relacionavam com a vigilância deste problema de saúde.

No final do turno, fomos despedir-mo-nos individualmente no quarto, referindo que percebíamos o que estava a sentir, e que compreendíamos que não quisesse falar connosco. Na manhã seguinte voltei à CP. Quando a Leonor acordou, cruzei-me com ela no corredor, sendo que rapidamente desviou o olhar e correu para o wc. Dei-lhe um pouco mais de tempo, deixei-a tomar o seu pequeno-almoço e entrei no quarto onde se encontrava na companhia do pai. Com calma sentei-me, e conversei com a Leonor sobre o que se tinha passado no dia anterior. O pai referiu-me que ela já compreendia, pois no final do dia já tinha feito as pazes com a enfermeira a quem tinha dito que não gostava. Fiquei feliz por saber que essa situação também já estava resolvida. Perguntei-lhe como é que podia convencê-la a fazermos as pazes. Eu sempre fui conhecido como o enfermeiro brincalhão, que brinca com as crianças e faz, como dizem,

“muitas tontices”. Achei que me ia pedir para fazermos patéticos, ou uma qualquer brincadeira. Surpreendeu-me, fez-me prometer que sempre que chegasse ao serviço ou me fosse embora, vinha junto dela dar um beijinho e um abraço. Sou pai de dois filhos... nunca poderia ficar indiferente a um pedido tão simples, tão sincero, tão humano e tão bonito. “As pessoas precisam umas das outras de uma forma cuidativa e amorosa... o amor e o cuidar, são forças cósmicas... frequentemente negligenciadas... (Watson, 2002b, p.61-63). Até que tivesse alta hospitalar, e ainda hoje quando esporadicamente nos cruzamos no corredor do hospital, o nosso cumprimento não é mais do que aquele simples e tão bonito pedido de amor e afeto por parte de uma jovem criança com 6 anos.

O relato desta experiência partilhada com a Leonor, tem como propósito compreender, neste caso específico, a forma como a equipa geriu do ponto de vista emocional toda esta experiência, permitindo simultaneamente compreender aquela que é a forma da equipa lidar com situações mais extremas e intensas, as quais num contexto de um internamento de CP não são de todo pouco frequentes. A ação dos enfermeiros, ao longo desta experiência, revela uma preocupação predominante em **“facilitar a gestão das emoções do cliente”**, articulando uma combinação de estratégias de gestão emocional predominantemente reativas, mas com espaço a alguns recursos de antecipação (Diogo 2017a). Os enfermeiros tentaram e esforçaram-se no sentido de, entre aquelas que eram as suas ferramentas pessoais, amenizar a intensidade emocional experimentada de forma tão súbita e intensa pela Leonor, numa honesta tentativa de promoção do seu autocontrolo e bem-estar emocional.

Importa neste sentido, referir que o problema de saúde da Leonor era crítico e colocava em risco a sua vida, pelo que implicou a intervenção imediata da equipa. À medida que íamos avaliando o seu estado clínico e tomando as necessárias medidas para garantir a sua segurança, os diferentes elementos da equipa iam tentando acalmá-la, explicando-lhe o que estavam a fazer e porque a levavam para o quarto. Assim que este problema de saúde foi diagnosticado, emergiu a necessidade imediata de cateterização venosa periférica para administração da terapêutica prescrita. Se em resultado da gravidade do seu problema de saúde, não era possível o recurso a diferentes estratégias de controlo da dor, como seria exemplo a aplicação de anestésico tópico e assegurar a presença e suporte parental; os enfermeiros foram mobilizando e

partilhando palavras de conforto e de esperança neste momento de crise emocional tão intensa para a Leonor. Palavras como “calma querida... vai tudo ficar bem... já vai passar...”, eram palavras a que recorriam para por um lado a tentar acalmar, e por outro partilhar esperança e coragem nesta experiência que se revelava tão perturbadora.

Ao longo desta experiência, num profundo respeito por aqueles que são os modelos e conceções orientadores do cuidar de enfermagem à criança ou jovem e família, a equipa preocupou-se permanentemente em respeitar a sua dignidade, partilhando informação relativamente a toda esta experiência, e explicando-lhe o que precisavam de fazer para que pudesse recuperar a sua estabilidade hemodinâmica e assim recuperar o seu bem-estar. Foi ainda muito importante no curso desta experiência, a minha presença junto da Leonor, colocando-me ao seu lado e abraçando-a. Por um lado, tal como lhe tinha sido previamente partilhado, foi necessário realizar alguma contenção de movimentos, no sentido de assegurar a eficiência da cateterização venosa periférica e assim administrar os fármacos necessários para garantir a estabilização das suas funções vitais, anulando desta forma o risco de morte iminente devido a este problema de saúde. Mas, por outro lado, permitiu-me de forma calma e controlada, lhe ir explicando ao ouvido o que estavam a fazer, reforçando não só de forma positiva a sua coragem e força, mas como era importante e válida a sua expressão das emoções e sentimentos. No sentido de garantir o respeito pela sua dignidade e a continuidade no suporte à sua gestão emocional, foi muito importante o facto de me ter mantido sempre ao seu lado, abraçando-a e oferecendo-lhe carinho até à chegada do seu pai.

Ao longo desta experiência, tal como referido anteriormente, os enfermeiros recorreram a diferentes estratégias, predominantemente de gestão das emoções reativas, para facilitar a gestão das emoções do cliente. Contudo, para que pudessem efetivamente facilitar este suporte, os enfermeiros tiveram que simultaneamente mobilizar diferentes recursos, com fim a **“regular a sua disposição emocional para cuidar”** (Diogo 2017a). A tensão emocional experimentada no curso desta experiência, levou a uma situação de conflito gerada entre a Leonor e a enfermeira que ia realizar a cateterização venosa periférica. A revolta sentida, levou a que num desabafo referisse que não a queria perto de si, nem em tão pouco gostava dela. Tal como referi

anteriormente, a relação estabelecida entre a Leonor e a equipa de enfermagem, em resultado do seu percurso de vida e da evolução do seu processo de saúde-doença, refletia um envolvimento emocional muito intenso e cúmplice. A proximidade, bem como a ligação afetiva estabelecida, são reflexo do profundo conhecimento mútuo entre a Leonor e a equipa. Foi por isso muito importante, para o curso desta experiência, que a enfermeira tenha compreendido a reação da Leonor, aceitando que esta explosão não era dirigida a si, e levando assim, a que de uma forma madura, profissional e profundamente respeitadora da dignidade da Leonor, se descentrasse deste momento de crise, afastando-se temporariamente e sugerindo que fosse o seu colega a prestar os cuidados. A sua empatia emocional e respeito pela Leonor, foram muito facilitadores da adaptação da Leonor à intensidade desta experiência.

A complexidade e intensidade desta experiência partilhada pela equipa e pela Leonor, refletem ainda que o trabalho desta equipa não se esgota nestas duas dimensões do TEEP, sendo também aqui uma expressão da forma indissociável e interdependente em como as 5 categorias do TEEP se articulam e complementam. As palavras que se fizeram ouvir ao longo de toda esta experiência, a calma e esperança que pretendiam partilhar nas suas mensagens, o calor do abraço, são reflexos de que a ausência do afeto se traduz na frieza da técnica e na negação do cuidar, numa explícita dedicação da equipa em de forma honesta e espontânea **“nutrir os cuidados com afeto”** e **“promover um ambiente seguro e afetivo”** (Collière, 2003; Diogo, 2015, 2017a, 2017b). Por outro lado, a ação da enfermeira nesta experiência, não termina com o seu afastamento a pedido da Leonor. Relevando o seu respeito pelo equilíbrio de poderes, assente numa tomada de decisão partilhada, a enfermeira limitou-se a afastar-se por momentos, tendo sido ela mesma aquando da chegada do pai ao serviço, a partilhar todo o desenvolvimento desta experiência. Mais tarde, quando tudo estava mais calmo, dirigiu-se junto da Leonor e do pai e numa explícita intenção de reconciliação, verbalizando a sua empatia, mostrando-lhe não só que não tinha ficado magoada, como reforçou a sua proximidade e envolvimento emocional com a Leonor. Assim, cada um de nós, revestindo a intersubjetividade desta experiência vivida, numa fenomenologia transpessoal inscrita no cuidar de enfermagem, mobilizámos de forma honesta e individual, diferentes estratégias e recursos, no sentido da **“construção da estabilidade**

na relação”, com fim à minimização do conflito no seio de uma relação afetiva, bem como à promoção da capacidade para lidar com o seu processo de saúde-doença (Diogo, 2017a).

Com esta análise, e partindo do relato de dois casos distintos, pretendo assim espelhar a forma como o Modelo de TEEP se inscreve, em perfeita articulação e respeito com as conceções orientadoras da prática clínica, na base e na essência do cuidar em pediatria. Os enfermeiros mobilizam assim ferramentas e recursos pessoais, para em resposta às diferentes experiências vividas no quotidiano dos contextos da prática clínica, regularem as suas próprias emoções e desta forma, numa lógica de ressonância afetiva, promoverem a gestão emocional da criança ou jovem e família. Tal como foi possível observar ao longo das experiências partilhadas nesta análise, os enfermeiros mobilizam ainda as emoções para prover cuidados, conferindo desta forma a tripla centralidade do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: no cliente, no enfermeiro e na relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2015, 2017a, 2017b).

e) Diário de Campo – O percurso perioperatório da criança ou jovem e família submetida a cirurgia cardíaca

A prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem e família na Cardiologia Pediátrica (CP), não se restringe ao espaço destinado ao seu internamento durante os diferentes processos de saúde-doença. Mantendo uma atividade muito importante, no que diz respeito à vigilância e suporte dos processos de saúde-doença dos seus clientes, a equipa de enfermagem da CP é responsável pela promoção da imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). A imunização contra o VSR está indicada em crianças com menos de 24 meses, cuja sua cardiopatia, cianótica ou acianótica, seja hemodinamicamente significativa (DGS, 2015). Assim, os clientes da CP, cujo seu problema de saúde tem enquadramento clínico nesta norma para a prevenção de infeção pelo VSR, recorrem sazonalmente à consulta externa, entre os meses de outubro e Fevereiro, para que mensalmente lhes seja administrada o palivizumab (DGS, 2015).

Foi precisamente no âmbito da promoção à imunização contra o VSR, que tive o meu primeiro contacto com o Gonçalo (nome fictício) e com a sua família. O Gonçalo é uma criança com 18 meses, cujo processo de saúde-doença, levou a que durante a sua gravidez lhe tenha sido diagnosticado uma Tetrologia de Fallot (TOF) que se veio a revelar ao longo da evolução do seu processo de saúde-doença, não ser de sintomatologia cianótica (Fragata, 2009). A especificidade anatómica do seu problema de saúde, caracteriza-se pela existência de uma Comunicação interventricular (CIV) com encavalamento da Aorta, combinada com o obstáculo à câmara de saída do ventrículo direito, especificamente uma estenose infundibular e estenose pulmonar, tendo neste sentido, indicação para correção cirúrgica a partir dos 12 meses de idade (Fragata, 2009). O Gonçalo estava assim integrado no programa de imunização contra o VSR, uma vez que aguardava ainda pela sua vez na lista de espera cirúrgica do serviço.

No dia em que se deslocou ao edifício da consulta externa, local onde era realizado este programa de imunização, estava acompanhado pela sua mãe e pela irmã mais velha. Quando deram entrada no gabinete de enfermagem, a mãe cumprimentando-nos, expressou de imediato a sua ansiedade relativamente ao sofrimento que iria causar no seu filho, referindo “... eu bem sei que ele precisa, mas eu não consigo fazer isto... coitadinho...”. A sua ansiedade e incapacidade em lidar com esta experiência, levou a que logo em seguida, sem que a sua filha mais velha tivesse sequer acabado de entrar no gabinete, nos tenha pedido para “...despacharmos aquilo...”. Desloquei-me junto dela, numa tentativa de desacelerar aquela entrada disruptiva e referindo que, antes demais, ninguém estava ali para fazer mal a ninguém, muito menos ela ao seu filho. E assim, recorrendo à empatia emocional, referi que imaginava que não fosse de todo fácil para uma mãe que ama o seu filho, lidar com todo este processo de saúde-doença associado ao seu problema de saúde.

As mães, cujo problema de saúde congénito dos seus filhos está associado à realização de uma cirurgia cardíaca, culpabilizam-se a si e aos seus comportamentos por este problema de saúde, sendo o stress e a ansiedade extremos, a expressão de um conflito emocional intenso e de elevado risco para o desenvolvimento de stress pós-traumático (Harvey, Kovalesky, Woods, Loan, 2013; Wei *et al.*, 2016). A abertura a esta partilha emocional, foi muito facilitadora

da expressão das emoções e sentimentos da mãe, que no fundo estava a experimentar um conflito interno de culpabilização pelo problema de saúde do seu filho; que fundamentava na idade com que tinha engravidado, e que era agravado pela “...interminável espera...” para ser realizada a cirurgia.

A par desta partilha emocional, senti que se estava a criar uma certa tensão por parte da enfermeira que estava a acompanhar naquele dia. De todo que esta tensão era expressão da indiferença a esta crise emocional experimentada pela mãe, sendo antes o reflexo da pressão vivida diariamente no quotidiano da prática clínica, em articular a disponibilidade de tempo com a exigência dos contextos. Especificamente no que diz respeito aquela manhã, a enfermeira tinha à sua responsabilidade a promoção da imunização de cerca de 20 crianças, o que era sem dúvida um desafio profissional e emocional muito intenso, e que implicava uma perfeita articulação da organização do planeamento com a fluente prestação de cuidados. Durante a manhã, tive diversas oportunidades de presenciar a mobilização de diversas estratégias pessoais para regular a sua disposição emocional para cuidar, numa intencionalidade explícita de promover um ambiente seguro e afetuoso, e desta forma influenciar positivamente a gestão emocional dos seus clientes (Diogo, 2015, 2017a, 2017b). O momento que estávamos ali a partilhar, combinava a crise emocional experimentada pela mãe em torno da culpa e do problema de saúde do seu filho, com um contexto profundamente exigente e emocionalmente adverso para aquela enfermeira, que começava a não conseguir lidar com a disponibilidade emocional que aquele momento requeria.

Tal como referi no início, a acompanhar o Gonçalo e a mãe, estava a sua irmã. Durante os momentos de partilha e promoção da expressão das emoções e sentimento da mãe, fui observando que a sua irmã, uma jovem adolescente, se ocupou do Gonçalo, revelando já uma inquestionável perícia no seu cuidar, sendo inclusive ela quem tinha estado a dar o biberão ao Gonçalo e naquele momento brincava com ele. Uma vez que o tempo não permitia uma abordagem completa, no sentido da partilha de suporte na globalidade deste processo de saúde-doença, tentei de forma positiva influenciar a forma como esta experiência de imunização iria decorrer. Comecei então por partilhar com a mãe, que o tempo era um fator muito desfavorável naquele contexto e que não me permitia suportá-la da forma que acreditava conseguir, não me inibindo em partilhar que a colega

tinha naquela manhã a responsabilidade de promover a imunização de cerca de 20 crianças com problemas de saúde semelhantes ao do Gonçalo. Reconhecendo não só a importância de tudo o que estava a sentir, bem como a extrema necessidade em ser devidamente suportada, sugeri que nos centrássemos naquele momento, tentando ajudar para que aquela experiência não fosse experimentada de forma tão negativa.

A mãe compreendeu perfeitamente que o motivo para não termos dado continuidade aquele momento de partilha, não era mais do que o resultado da exigência daquele contexto. Tendo observado a perícia da irmã em cuidar do Gonçalo, reforcei positivamente o seu envolvimento com o Gonçalo. A irmã referiu-me que era ela quem cuidava do Gonçalo quando a mãe não estava em casa, sendo que a mãe reforçou o facto de que tendo quase 18 anos, ela era uma ajuda muito importante em casa e com o Gonçalo. Parecendo-me que a irmã podia ser um elemento muito importante para a transformação positiva desta experiência, mas não querendo contudo, que se transformasse num momento traumático para si, achei por bem perguntar-lhe como se sentiria, se em vez de ser a mãe a ficar com o Gonçalo para administrarmos a vacina, fosse ela mesma a ficar junto dele. Fundamentei esta sugestão, não só na forma como aparentava estar a gerir emocionalmente aquele momento, mas reforçando a importância dessa mesma gestão emocional, tendo em conta o contágio emocional (Barros, 2003). Ambas consentiram, reforçando a mãe que a sua filha era muito madura e que mesmo quando o Gonçalo estava doente ela a ajudava muitas vezes. Perguntei então, para nos suportar no momento da vacinação, do que é que ele gostava, sugerindo a música, um boneco, ou desenhos animados (OE, 2013). Ambas referiram os desenhos que tinham no telemóvel como sendo sem dúvida aquilo de que mais gostava. Sugeri que mãe fosse para junto da minha colega e com o Gonçalo ao colo da sua irmã, a ver os desenhos no telemóvel administrei o palivizumab (DGS, 2015). Tal como é expectável, o choro foi a sua resposta imediata à administração desta vacina, tendo mesmo começado antes da sua administração, uma vez que era já a terceira vez que o palivizumab lhe era administrado (DGS, 2015). Contudo, a calma da irmã que não só abraçava o Gonçalo, como cantava a música que estava a dar nos bonecos, foram muito facilitadores, numa lógica de contágio emocional (Barros, 2003), para a sua gestão emocional; ficando rapidamente calmo e tranquilo, a

acompanhar a irmã a cantar aquela música de que tanto gostava. Em seguida, deu-se lugar ao reforço positivo, com partilha de palavras de afeto e com a oferta de uma medalha que a enfermeira tinha para positivamente reforçar as crianças que eram ali vacinadas (Diogo, 2015, 2017a, 2017b).

Efetivamente, tínhamos conseguido suportar o Gonçalo e a sua família, transformando positivamente aquela experiência de crise emocional, num momento de maior tranquilidade e segurança, que teve por base o suporte à sua regulação e gestão emocional (Diogo, 2015, 2017a, 2017b). Foi com base na transformação tão positiva desta experiência que sugeri à mãe que, se assim o consentisse, me permitisse suportá-la aquando do internamento do Gonçalo para a realização da sua cirurgia. A mãe tinha ficado muito tranquilizada pela forma como o Gonçalo tinha lidado com a vacinação, sendo ainda cumulativamente facilitadora a empatia emocional estabelecida logo no início desta experiência. Consentindo a minha disponibilidade para a suportar nesse momento, disponibilizei-lhe o meu nome e local de trabalho naquele hospital, por forma a garantir que quando o Gonçalo fosse hospitalizado para a realização da sua cirurgia, se pudessem deslocar até mim. Esta disponibilidade foi muito importante para reforçar o envolvimento emocional, facilitador da construção da estabilidade na relação, e que se revelaria elemento chave para suportar posteriormente a sua gestão emocional, com base em estratégias e recursos de antecipação (Diogo, 2015, 2017a, 2017b).

Foi ao fim de cerca de 5 semanas de termos partilhado esta experiência, enquanto realizava o meu estágio no Bloco Operatório (BO) deste hospital, que o Gonçalo foi contactado para que pudesse ser realizada a sua cirurgia cardíaca. Apesar de esta experiência ter tido a sua continuidade ao longo do estágio seguinte, entendi que, no sentido de facilitar a compreensão da globalidade desta experiência, faria sentido integrá-la nesta mesma reflexão.

Não foi preciso que se deslocassem até mim aquando do seu internamento, uma vez que, ao consultar o planeamento cirúrgico agendado para aquela semana, reconheci de imediato o seu nome. Assim, no dia em anterior à cirurgia, liguei para a CP, a fim de validar que o Gonçalo e a sua família já tinham chegado. Não me podendo deslocar naquele momento, pedi apenas que lhes fosse comunicado que já sabia que ali estavam e que logo que pudesse me deslocaria até eles.

Eu já conhecia o Gonçalo, a sua mãe e a sua irmã. Tinha-me proposto a suportá-los ao longo desta experiência perioperatória, sabendo que, em resultado da relação já estabelecida, era essencial suportar a mãe a lidar com esta experiência de hospitalização em contexto perioperatório. Assim, à semelhança da vivência partilhada aquando da promoção da imunização, era agora muito importante identificar as suas estratégias e fontes de suporte para promover o seu reforço e desta forma facilitar a sua gestão emocional. A preparação pré-operatória, com base em diferentes estratégias e recursos psico-educativos adequados ao estágio de desenvolvimento da criança ou jovem, é muito importante na redução do medo e da ansiedade e consequentemente no aumento da sua satisfação e do seu bem-estar. (Capurso & Ragni, 2016; Kassai *et al.*, 2016; Liguori *et al.*, 2016; OE, 2010; Teixeira & Figueiredo, 2009).

O Gonçalo tinha 18 meses, pelo que a preparação cirúrgica, em resultado dos recursos que tinha disponíveis, teria essencialmente que incidir sobre a promoção do contacto precoce com os elementos que caracterizam esta experiência sensorial e anestésico-cirúrgica (Panella, 2016). Desta forma, comecei por reunir toucas, luvas, máscaras, sensores de oximetria, elétrodos e levando ainda comigo algumas fotos que tinha tirado do BO; no sentido de promover a sua familiarização com estes elementos que lhe são estranhos e consequentemente stressores e ansiogénicos (Diogo, 2015, 2017a, 2017b; Hockenberry & Wilson, 2014).

Quando cheguei junto deles, a mãe recebeu-me com um caloroso cumprimento, referindo: “Você não se esqueceu senhor enfermeiro!!”. A minha presença e disponibilidade, em resultado da experiência anteriormente partilhada, foram por si só muito facilitadores da confiança e do nosso envolvimento emocional (Diogo, 2015, 2017a, 2017b). Desta vez, o pai do Gonçalo estava também presente, referindo igualmente que tinha sido muito importante a partilha emocional que tinha promovido na altura. Referindo então que o tempo não seria desta vez uma condicionante da nossa partilha, sugeri que começássemos pelas dúvidas que tinham. Sem surpresa, a mãe de imediato referiu que não sabia como conseguiria aguentar ver o Gonçalo a entrar no BO, sendo que a dúvida do pai era sobre quando o poderiam voltar a ver. Com vista ao esclarecimento do percurso perioperatório imediato, comecei por partilhar que seria chamado de manhã cedo, que iria naquela cama e na companhia dos pais

até ao BO, e que após a entrada no BO, seriam sempre suportados por um enfermeiro, que viria periodicamente falar com eles e partilhar a evolução da sua intervenção cirúrgica; da mesma forma que aquando do término da cirurgia, o cirurgião viria falar com eles, sendo que mal ele chegasse à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), poderiam deslocar-se até junto dele.

De imediato o pai perguntou-me quanto tempo demoraria a cirurgia. Ao longo do tempo, aprendi que esta gestão do tempo para os pais é sem dúvida um dos aspetos mais críticos da sua espera, pelo que referi que aquela cirurgia tinha um tempo estimado de permanência no BO de cerca de 4 horas. Tão importante quanto partilhar esta estimativa temporal, é o reforço que faço sempre de que apesar de esta previsão, existe a possibilidade de o procedimento demorar metade ou o dobro da estimativa, sendo que o tempo nunca é significado da boa ou má evolução da cirurgia. Acrescento ainda, no sentido de desmistificar esta problemática, que na eventualidade de algo não estar a evoluir de forma favorável, eles serão sempre os primeiros a saber, ou seja, que apesar de nos deslocarmos periodicamente junto deles, iríamos de imediato até eles para partilhar essa informação. Esta partilha junto dos pais, é muito importante no sentido da desconstrução desta problemática e da organização do seu pensamento, sendo transversalmente observável o alívio do seu sofrimento e tranquilização.

Em seguida a mãe queria saber o que aconteceria ao Gonçalo depois de entrar no BO. Comecei então por partilhar que, em primeiro lugar, procedemos à monitorização hemodinâmica do Gonçalo e que depois, para administração da anestesia, preferencialmente endovenosa, temos que realizar a cateterização venosa periférica (Fragata, 2009). No sentido de suportar o Gonçalo e facilitar a sua gestão emocional durante aquela experiência, recorreríamos a um conjunto de estratégias de suporte, de entre as quais o penso Emla (Infarmed, 2016), o recurso a brinquedos que temos no BO, e em resultado da última experiência que tínhamos partilhado, sem dúvida que recorreríamos aqueles bonecos no telemóvel de que tanto gostava. Seria precisamente ao som desses bonecos que iria adormecer, sendo que quando acordasse já estaria de volta na companhia dos pais.

A mãe, compreendendo a globalidade de toda a informação partilhada, e apropriando-se do conhecimento relativamente à previsão da experiência

cirúrgica, referiu-me: “Mais uma vez o senhor enfermeiro conseguiu tranquilizar-me. Deu para perceber que tenho os nervos à flor da pele... mas foi muito importante para mim compreender como tudo vai acontecer e não deixar a minha cabeça à deriva!!!”. O pai acresceu ainda que o facto de saber que durante o procedimento cirúrgico viriam falar com eles, era muito tranquilizador para ambos. Toda esta partilha de informação fluiu num ambiente tranquilo e calmo, em que partindo da expressão de sentimentos e emoções que tinham individualmente construído ao longo deste processo de saúde-doença, fui promovendo a sua preparação para lidarem com toda aquela experiência perioperatória do Gonçalo.

Era agora tempo de me centrar no Gonçalo. A forma como tinha conduzido até ali esta preparação, não tinha sido aleatória. Pelo contrário, tinha combinado intencionalmente o propósito em facilitar a gestão emocional dos pais, com a disponibilidade de tempo para que o Gonçalo se familiarizasse comigo, tendo já por sua iniciativa ao longo da partilha com os pais, interagido comigo algumas vezes. O contágio emocional (Barros, 2003) e a sua familiarização, foram muito facilitadores para que pudesse promover o seu contacto precoce com os dispositivos que tinha trazido para esta partilha. Envolvendo os pais na preparação do Gonçalo, contei uma história que imaginei na altura, em torno de um menino que ia fazer uma viagem à lua. Envolvendo diferentes momentos de brincadeira, fui partilhando os diferentes dispositivos e recursos reunidos, numa intencionalidade explícita de familiarização do Gonçalo com aquela experiência anestésico-cirúrgica e sensorial. Por fim, para que de forma livre pudessem ir promovendo esta familiarização, deixei com os pais estes recursos, para que na reserva da sua privacidade, o Gonçalo pudesse brincar e explorar livremente todos aqueles materiais (Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2010; Panella, 2016; Teixeira & Figueiredo, 2009).

No fim de toda esta partilha, validei se tinham mais alguma dúvida e incidindo particularmente sobre a mãe tentei promover a expressão das suas emoções e sentimentos para lidar com a experiência de acompanhar o Gonçalo até ao BO. A mãe reforçando que estava muito mais tranquila, referiu que a presença do seu marido era muito tranquilizante para si, pelo que sabia que conseguiria não só acompanhá-lo como ajudá-lo a sorrir até à entrada no BO.

O dia seguinte fluiu tal como previsto. A mãe e o pai acompanharam o Gonçalo até à entrada do BO, onde estava à espera dele com uma luva em forma de boneco. Entrámos juntos no BO, onde pude ir brincando com ele enquanto o monitorizava. A sua cateterização venosa periférica foi uma experiência mais harmoniosa e tranquila, combinando a aplicação do penso Emla (Infarmed, 2016), com a minha presença, que lhe era já familiar, e mantendo-o ao meu colo enquanto víamos os bonecos de que tanto gostava. O Gonçalo adormeceu ao meu colo a sorrir. A comunicação com os pais do Gonçalo foi assegurada de acordo com a periodicidade prevista, sendo que quando a cirurgia terminou, e depois de já estar transferido para a UCI, se juntaram novamente a ele.

Ao longo do pós-operatório, tive diversas oportunidades de me deslocar junto do Gonçalo que ia estando acompanhado pela mãe, pelo pai e pela irmã, reforçando positivamente a forma como tinham conseguido lidar com toda aquela experiência. A evolução do seu processo de saúde-doença, foi muito positiva, sendo que ao final de cerca de 5 dias teve alta hospitalar. Não podia deixar de me despedir desta família com quem tinha partilhado toda esta experiência. Foi muito curioso o que a mãe me disse quando se despediu de mim. De uma forma muito calorosa, pediu-me que não abandonasse o meu propósito e que “lutasse” para que as família e crianças que ali eram operadas tivessem oportunidade de ter o apoio que eles tinham tido.

Toda esta experiência teve como propósito a promoção do bem-estar e da tranquilidade assente na promoção da gestão emocional do Gonçalo e dos seus pais. Esta transformação positiva da experiência de hospitalização, partiu do desenvolvimento de estratégias de *coping* relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo aqui particular atenção ao percurso perioperatório. Watson (2002a; 2002b), refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo estas a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Foi precisamente partindo da empatia emocional, envolvido do meu altruísmo e vontade de cuidar e amar, que suportei esta família na intersubjetividade desta experiência vivida (Watson 2002a, 2002b). Esta experiência revelou-se assim fundamental na concretização dos objetivos de: *colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família; desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e*

estádios de desenvolvimento; promoção da expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver; promoção da capacitação para a gestão emocional e reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família; esta vivência é mais verdadeiro reflexo da concretização do objetivo de - promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de coping relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório.

- f) Apresentação de comunicação livre na XVII Reunião Conjunta entre a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiorádica e Vascular e a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia a 24 e 25 de novembro de 2017: Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.**

Abstract

Introduction

Hospitalization is a negative tonality experience for both child and family, being fear and anxiety their emotional mirror (Diogo, 2015). Concerning the surgical experience, the environment, invasiveness, fear of pain, of not waking up from anaesthesia and parental separation are both causes and enhancers of child and family perioperative distress (Capurso & Ragni, 2016). A study concerning parent's emotional experience of child's submitted to cardiac surgery, refer guilt for their son's cardiopathy, a roller coaster of emotions, impotence and being seated on pins and needles while waiting during the surgery (Wei *et al.*, 2016)

Objective

Identify and map the scientific production concerning nursing interventions that promote child and family's perioperative emotional management.

Methods

Literature was searched in CINAHL and MEDLINE, and also on Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports and Cochrane Library. Search was done using all identified keywords and index terms. The study will consider quantitative and qualitative studies, as well as systematic reviews. The quantitative studies will include, although not being limited to experimental and epidemiological study designs. The qualitative studies will include, although not being limited to phenomenology, grounded theory and ethnography. The systematic reviews will include meta analysis and meta synthesis. Unpublished literature will also be considered.

Results

Specifically, in paediatric perioperative care, the use of preoperative programs based on psycho-emotional resources adapted to the child's age range, results in fear and anxiety's reduction and consequently increasing well-being (Kassai *et al.*, 2016).

Regarding parental presence during anaesthetic induction, it has a very important effect in decreasing both child and parent's anxiety. However, it should be supported and programmed so that it is safe and effective (Kain *et al.*, 2009; Rasti-Emad-Abadi *et al.*, 2017).

Communication with family during surgery, attending to multidisciplinary organization, periodicity and supported by a nursing liaison program, is particularly important in decreasing family's anxiety during intraoperative period (Lopez *et al.*, 2016).

Conclusion

Family centred care are the paediatrics' care philosophy (OE, 2011). Concerning the perioperative period, it expresses through several interventions like preoperative preparation, parental presence and nursing liaison (Goodman & Spry, 2016; Panella, 2016). These nursing interventions are particularly important in decreasing stress and anxiety, promoting safety, respect and well-being, and

also because it promotes the child's development and facilitates future experiences (Barros, 2003).

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol

Dario Antunes - MSc Student in Childs Health and Paediatric Nursing, Registered Nurse – Hospital Santa Marta, Lisbon
Paula Diogo - PhD in Nursing - Professor of Child Department – Nursing School of Lisbon



1. Summary

Hospitalization is a negative tonality experience for both child and family, being fear and anxiety their emotional mirror (Diogo, 2015). Concerning the surgical experience, the environment, invasiveness, fear of pain, of not waking up from anaesthesia and parental separation are both causes and enhancers of child and family perioperative distress (Curtis & Ragni, 2016). A study concerning parent's emotional experience of child's submitted to cardiac surgery, refer guilt for their son's cardiopathy, a roller coaster of emotions, impotence and being seated on pins and needles while waiting during the surgery (Wei *et al.*, 2016)

2. Objective

Identify and map the scientific production concerning nursing interventions that promote child and family's perioperative emotional management

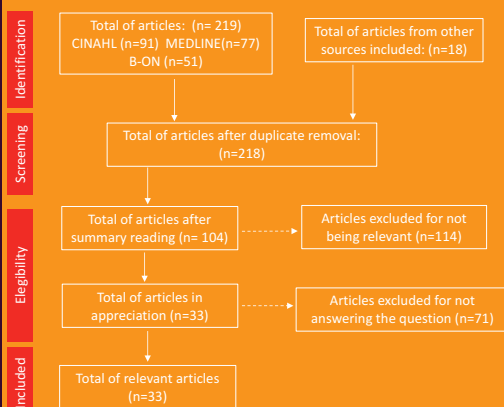
"What are the nursing interventions that promote child and family's perioperative emotional management?"

3. Methods

Scoping Review Protocol - Joanna Briggs Institute Methodology for Scoping Reviews (JBI, 2015)

Literature was searched in CINAHL, MEDLINE, B-ON and also on Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports and Cochrane Library. Search was done using all identified keywords and index terms. The study will consider quantitative and qualitative studies, as well as systematic reviews. The quantitative studies will include, although not being limited to experimental and epidemiological study designs. The qualitative studies will include, although not being limited to phenomenology, grounded theory and ethnography. The systematic reviews will include meta analysis and meta synthesis. Unpublished literature will also be considered.

Keywords: child; family; nursing interventions; family centered care; emotions; perioperative



4. Results

Family centred care in the perioperative period emerges and expresses through preoperative, intraoperative and postoperative care (Chorney & Kain, 2010)

Specifically in paediatric perioperative care, the use of preoperative programs based on psycho-emotional resources adapted to the child's development, results in fear and anxiety's reduction and consequently increasing well-being (Kassai *et al.*, 2016).

Concerning the environment, it is particularly important to promote a quiet, safe and affective environment in order to facilitate both child and family to cope with this experience. (Panella, 2016; Goodman & Spry, 2016; Diogo, 2017)

Regarding parental presence during anaesthetic induction, it has a very important effect in decreasing both child and parent's anxiety. However, it should be supported and programed so that it is safe and effective (Kain *et al.*, 2009; Rasti-Emad-Abadi *et al.*, 2017).

Communication with family during surgery, attending to multidisciplinary organization, periodicity and supported by a nursing liaison program, is particularly important in decreasing family's anxiety during intraoperative period (Lopez *et al.*, 2016).



5. Conclusion

Family centred care are the paediatric nurse care philosophy, being the promotion of emotional suport policies one of the main goals (OE, 2011, IPFCC, 2017).

Concerning the perioperative period, it expresses through several interventions like preoperative preparation, parental presence and nursing liaison (Goodman & Spry, 2016; Panella, 2016).

These nursing interventions are particularly important in decreasing stress and anxiety, promoting safety, respect and well-being of both child and family (Kassai *et al.*, 2016; Liguori *et al.*, 2016; Diogo, 2017).

Family and child influence themselves in an emotional contagion according to affective and emotional resonance (Diogo, 2017)

The hospitalization experience is particularly important because it facilitates future experiences and promotes the child's development (Barros, 2003; Panella, 2016).

6. References

- Associação das Enfermeiras de Sala de Operações Portuguesa. (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751–755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181c05ade
- Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751–755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181c05ade
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar as Fenómenos Emocionais da Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Goodman, T. & Spry, C. (2016). *Essentials of Perioperative Nursing* (5th ed.) Sudbury Jones and Bartlett Publishers, Inc
- Hanson-Heath, C. A., Muller, L. M., & Cunningham, M. F. (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN journal*, 103 (4), 414-420. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido a 05/02/2017. Disponível em <http://www.ipfcc.org/resources/testing-started.pdf>
- Johnson, N., Rodriguez D. (2013). Children with autism spectrum disorder at a pediatric hospital: a systemic review of the literature. *Pediatric Nursing*, 39 (3), 131-141. Acedido a 05/07/2017, disponível em http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1282&context=nursing_fac
- Kain, Z., MacLaren, J., Weinberg, M., Huettl, H., Anderson, C., & Mayes, L. (2009). How many parents should we let into the operating room? *Pediatric Anesthesia*, 19 (3), 244-249. doi: 10.1111/j.1469-9920.08.01889.x
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017. Disponível: <http://www.ordenenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
- Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahangour, F. (2017). The effects of preanesthetic parental presence on preoperative anxiety of children and their parents: A randomized clinical trial study in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 72. doi: 10.1037/ijnm.1104.119.14
- Serra, M., Filho, F., Albuquerque, A., Santos, C., Carvalho, J., Silva, R. (2015) Nursing Care in the Immediate Postoperative Period: A Cross-sectional Study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 54 (2), p161-167. Consultado a 03/05/2017, disponível em <http://www.objonline.ufpb.br/index.php/nursing/article/view/5532>
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. 2015. Australia: The Joanna Briggs Institute
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusodidacta – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery-An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlung.2015.12.007>



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷



Dario Antunes

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's emotional management. A scoping review protocol.

Dario Antunes

Registered Nurse – Hospital Santa Marta, Lisbon

MSc Student in Childs Health and Paediatric Nursing

Paula Diogo

Professor of Child Department – Nursing School of Lisbon

PhD in Nursing

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.

RN Dario Antunes – Hospital Santa Marta, Lisbon

PhD Paula Diogo – Nursing Scholl of Lisbon, Lisbon



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷

Summary

... **Hospitalization** ... negative tonality experience for both child and family, being fear and anxiety their emotional mirror (Diogo, 2015)

... **Surgical experience** ...the environment, invasiveness, fear of pain, of not waking up from anaesthesia and parental separation are both causes and enhancers of child and family perioperative distress (Curtis & Ragni, 2016)

... **Waiting** during the surgery ...a roller coaster of emotions, impotence and being seated on pins and needles (Wei et al., 2016)

... Each **experience** is a conditioner of those that proceed (Panella, 2016)

... **Family Centered Care**... promotion of emotional support policies (IPFCC, 2017)

...The **science of care** can not remain detached and indifferent to human emotions (Watson, 2002)

Objective ... Identify and map the scientific production concerning nursing interventions that promote child and family's perioperative emotional management

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.

RN Dario Antunes – Hospital Santa Marta, Lisbon

PhD Paula Diogo – Nursing Scholl of Lisbon, Lisbon

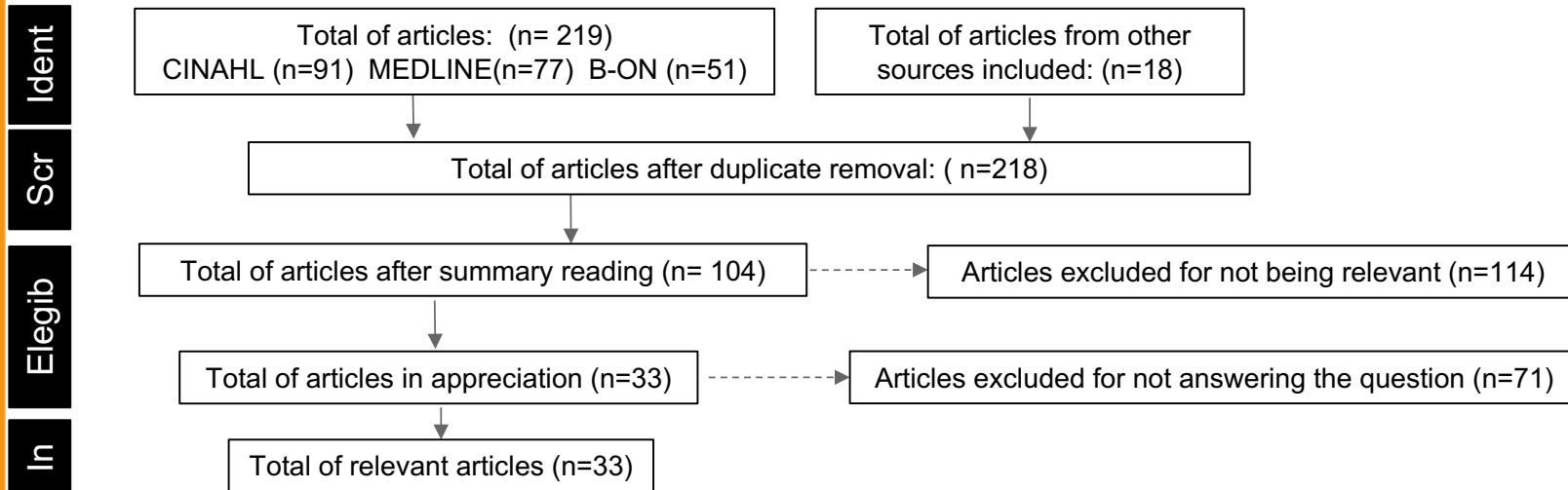


CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷

Methods

Scoping Review Protocol - Joanna Briggs Institute Methodology for Scoping Reviews (JBI, 2015)

Keywords: child; family; nursing interventions; family centered care; emotions; perioperative



Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's emotional management. A scoping review protocol.

RN Dario Antunes – Hospital Santa Marta, Lisbon

PhD Paula Diogo – Nursing Scholl of Lisbon, Lisbon



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷

Results

... **Family Centered Care** in the perioperative: preoperative, intraoperative and postoperative
(Chorney & Kain, 2010)

Preoperative preparation (Johnson & Rodriguez, 2013; Kassai *et al.*, 2016; Liguori *et al.*, 2016; Panella, 2016)

- ... manage stress and anxiety
- ... proper information according to both experience and development stage
- ... parental presence promotion
- ... strategies and resources: playing, modeling, apps, books

Environment (Panella, 2016; Goodman & Spry, 2016; Diogo, 2017)

- ... quiet, safe and affective
- ... according to development stage: communication, coping strategies, distraction, playing

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.

RN Dario Antunes – Hospital Santa Marta, Lisbon

PhD Paula Diogo – Nursing Scholl of Lisbon, Lisbon



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷

Results

Parental presence (Kain *et al.*, 2009; Serra *et al.*, 2015; Rasti-Emad-Abadi *et al.*, 2017)

- ... managing stress and anxiety
- ... controversial: anxiety (child and professionals)
- ... capacitate and suport

Communication liaison (Hanson-Heath, Muller & Cunningham, 2016; Lopez *et al.*, 2016)

- ... manages anxiety and promotes the feeling of respect and participation
- ... Individualized program: team, periodicity, enviornment

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.

RN Dario Antunes – Hospital Santa Marta, Lisbon

PhD Paula Diogo – Nursing Scholl of Lisbon, Lisbon



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷

Conclusion

... **Family centred care** are the paediatric nurse care philosophy (OE, 2011)

... Promotion of **emotional support** policies (IPFCC, 2017)

... **Perioperative nursing care**: perioperative, intraoperative and postoperative
(AESOP, 2006)

... manage stress and anxiety of both child and family

... promotion of safety and wellbeing

... promotion of respect and participation

... **emotional contagion** and affective and emotional resonance (Diogo, 2017)

... facilitates **future experiences** (Panella, 2016)

... promotes the **child's development** (Barros, 2003)

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.

RN Dario Antunes – Hospital Santa Marta, Lisbon

PhD Paula Diogo – Nursing Scholl of Lisbon, Lisbon



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷

Reference

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751—755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de *Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Goodman, T. & Spry, C. (2016). *Essentials of Perioperative Nursing* (5ª ed.) Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc
- Hanson-Heath, C. A., Muller, L. M., & Cunningham, M. F. (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN journal*, 103 (4), 414-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017>

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.

RN Dario Antunes – Hospital Santa Marta, Lisbon

PhD Paula Diogo – Nursing Scholl of Lisbon, Lisbon



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷

Reference

- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido a 05/02/2017. Disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Johnson, N., Rodriguez D. (2013). Children with autism spectrum disorder at a pediatric hospital: a systemic review of the literature. *Pediatric Nursing*, 39 (3), 131-141. Acedido a 05/07/2017, disponível em http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1282&context=nursing_fac
- Kain, Z., Maclaren, J., Weinberg, M., Huszti, H., Anderson, C., & Mayes, L. (2009). How many parents should we let into the operating room?. *Pediatric Anesthesia*, 19 (3), 244-249. doi: 10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x.
- Ordem dos Enfermeiros (2011), Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017. Disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.

RN Dario Antunes – Hospital Santa Marta, Lisbon

PhD Paula Diogo – Nursing Scholl of Lisbon, Lisbon



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS¹⁷

Reference

- Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahanpour, F. (2017). The effects of preanesthetic parental presence on preoperative anxiety of children and their parents: A randomized clinical trial study in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 72. doi: [10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14)
- Serra, M., Filho, F., Albuquerque, A., Santos, C., Carvalho, J., Silva, R. (2015) Nursing Care in the Immediate Postoperative Period: A Cross-sectional Study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14 (2), p161-167. Consultado a 03/05/2017, disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5082>
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015*. Australia: The Joanna Briggs Institute
- Watson, J. (2002), *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*, (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient education and counseling*, 99 (2), 173-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.004>
- Certificado com o Código 22/2016. *Centro de Referência para a área de Cardiopatias Congénitas*. Acedido a 2/2/2018, disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/12/CR-Cardiopatas-congenitas-certificado.pdf>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.) Loures: Lusociência
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: na integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/0.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2017a). *Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica*. Acedido a 1/12/2017, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance
- Diogo, P. (Coord.) (2017b). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

- Direção-Geral de Saúde (2014). *Norma 012/2013 - Prescrição de Palivizumab para Prevenção de Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório em Crianças de Risco*. Lisboa: DGS. Acedido em 14/01/2018, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122013-de-30072013-jpg.aspx>
- European Operation Room Nurse Association (1997). *European Common Core Curriculum for Operating Department Nursing Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória*. Bélgica: EORNA
- Fragata, J. (Coord.) (2009). *Procedimentos em Cirurgia Cardioriorácica*. LIDEL: Lisboa
- Harvey, K. A., Kovalesky, A., Woods, R. K., & Loan, L. A. (2013). Experiences of mothers of infants with congenital heart disease before, during, and after complex cardiac surgery. *Heart & Lung*, 42(6), 399-406. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.08.009>
- Hochschild (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.). (Vol 1 e 2) Loures: Lusociência
- Infarmed (2016). *Folheto Informativo Emla25mg/g + 25mg/g lidocaína + prilocaína*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2966&tipo_doc=fi
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Intitute for Patient and Family Centered Care. Acedido a 05/02/2017, disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Kassai, B., Rabilloud, M., Dantony, E., Grousseau, S., Revol, O., Malik, S., ... & Pereira de Souza Neto, E. (2016). Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 95-102. doi:<https://doi.org/10.1093/bja/aew154>
- Kérouac, S., Pépin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Maloine.

- Liguori, S., Stacchini, M., Ciofi, D., Olivini, N., Bisogni, S., & Festini, F. (2016). Effectiveness of an App for reducing preoperative anxiety in children: A randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 170(8), e160533-e160533. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0533
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Supplement). Acedido a 11-12-2016. Disponível em <http://www.fons.org/library/journal/volume5-person-centredness-suppl/article1>
- National Child Stress Network (2004), *The pediatric medical traumatic stress. A comprehensive care*. Acedido em 20/02/2017, disponível em <http://www.nctsn.org/trauma-types/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-for-health-care-providers>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE 1 (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of Nursing: Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nurse care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253-261. doi: 10.1016/j.nepr.2008.08.009

- Teixeira, E., & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Referência*, 2(9), 7-14. Acedido a 2/5/2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a17.pdf>
- UNICEF. (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança: adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 07/01/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>
- World Health Organization (2016). A69/39 - Framework on integrated, people-centred health services. Genébra: WHO

APÊNDICES

APÊNDICE I

Protocolo Multisectorial – Prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem submetido a cirurgia cardíaca para a cateterização e manutenção do dispositivo intravascular

1. OBJETIVO

- Promover a segurança, o conforto e o bem-estar da criança ou jovem no perioperatório da cirurgia cardiotorácica
- Uniformizar procedimentos em relação à prestação de cuidados a ter com a cateterização venosa periférica: práticas recomendadas para a inserção, manutenção e remoção dos cateteres intravasculares periféricos.
- Prevenir a infecção em crianças ou jovens com cateterismo venoso periférico.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros e Médicos do Serviço de Anestesiologia, do Serviço de Cardiologia Pediátrica e do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de xxxxxxxxxxxx

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento:

ENTIDADES	RESPONSABILIDADES
Direção das Áreas / Responsáveis de Especialidade / Unidade GCL - PPCIRA	<ul style="list-style-type: none">- Elaborar os procedimentos setoriais relacionados com a sua atividade e responsabilidades e monitorizar o seu cumprimento.- Elaborar / rever as recomendações para a inserção, manutenção e remoção de cateteres intravasculares periféricos.- Colaborar na prática das recomendações emanadas

3.2. Pela revisão do Procedimento:

Grupo de trabalho proposto pelos Enfermeiros e Médicos do Serviço de Anestesiologia, do GCL – PPCIRA (Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistência aos Antimicrobianos), do Serviço de Cardiologia Pediátrica e do Serviço de Cirurgia Cardiorácica.

4. DEFINIÇÕES

Cateter intravascular periférico – dispositivo médico utilizado para a administração de soluções endovenosas, terapêutica endovenosa e nutrição parentérica.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

BO – Bloco Operatório

CDC – Center Disease Control

CVP – Cateter Venoso Periférico

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCL – PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IV/EV – Intravenosa / Endovenosa

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

6. REFERÊNCIAS

CHKS. *International Accreditation Programme For Health Organisations*. 4ª ed. julho 2013.

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS

7. CONTEXTUALIZAÇÃO / ENQUADRAMENTO

7.1. Enquadramento Conceptual

A Ordem dos Enfermeiros (OE), define o binómio criança ou jovem e família como o cliente pediátrico, responsabilizando o enfermeiro pelo trabalho em parceria assente nos quadros de referência dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos, representando o suporte emocional um pilar essencial do cuidar em pediatria (IPFCC, 2017; OE, 2011). Já a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP), define o propósito da enfermagem perioperatória na orientação do cuidar para a pessoa cujo desígnio é a garantia da sua segurança física e emocional (AESOP, 2006).

A hospitalização caracteriza-se, pela interrupção das rotinas quotidianas e do ambiente familiar, pela multiplicidade de procedimentos, de equipamentos e pelo contacto com um elevado número de pessoas desconhecidas. Estas experiências são profundamente ansiogénicas para a criança ou jovem e para a sua família, sendo o medo e a ansiedade o espelho emocional desta experiência de tonalidade negativa que representa a vivência da hospitalização (Diogo, 2015, 2017). A falta de preparação, as falhas de comunicação, bem como a incerteza e as significações individuais, têm um impacto extremamente negativo na dinâmica familiar (Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016). Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a invasibilidade, a incerteza sobre o desenrolar do procedimento, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como causas importantes para o *distress* da criança ou jovem e da família no perioperatório.

Os cuidados não traumáticos, conceção orientadora do cuidar em pediatria, é uma filosofia de cuidados assente no princípio da promoção de “intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares...” (Hockenberry, & Wilson, 2014, p.11). Segundo o *The National Child Stress Network* (NCSN) o primeiro propósito do cuidado não traumático é o de não causar dano e nesse sentido ele deve respeitar 3 regras base deste conceito: prevenir ou minimizar a separação da criança ou jovem da sua família ou pessoa de referência; promover o seu sentimento de controlo da realidade que experimenta; e prevenir ou minimizar a lesão corporal (NCSN, 2004). A evidência é muito frutuosa, relativamente às intervenções

preventivas ou minimizadoras do sofrimento da criança ou jovem e família, de entre as quais se destacam a preparação para procedimentos, a privacidade, a permanência dos familiares junto da criança, a brincadeira terapêutica, a música, entre outros (Hockenberry, & Wilson, 2014; NCSN, 2004).

7.2. Infecções relacionadas coma prestação de cuidados ao cliente pediátrico com dispositivos intravasculares

A infeção associada à prestação de cuidados ao cliente com dispositivos intravasculares, tem sido um motivo de alerta para as diferentes organizações de saúde mundiais. McLaws e Taylor (2003) num estudo piloto que decorreu ao longo de dois anos, o *The Hospital Infection Standardises Surveillance (HISS)*, referem uma taxa de 0.2 de bacteriemia por cada 1000 cateterizações intravasculares, caraterizando O'Grady *et al.* (2006) como agentes mais frequente a infeção por *coagulase-negative staphylococci*, que representa cerca de 35% da amostra, e a infeção por *staphylococcus aureus*, presente em cerca de 25% dos casos. Os dados justificaram a definição de medidas estratégicas de entidades de referência mundial, de que são exemplo a criação em 2007 da *Peripheral intravenous cannula care bundle* por parte do *Department of Health* do National Health System (NHS), e a publicação em 2011 das *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections* pelo *Centre for Diseases Control and Prevention* (CDC). A publicação destes documentos emerge de um propósito comum e partilhado, o de promover a redução da incidência da taxa de infeção associada à cateterização venosa periférica. Tendo em vista a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde, definem como pilar desta estratégia, a adesão por parte de todos os profissionais de saúde a um conjunto de práticas recomendadas que se organizam entre os cuidados a ter com a punção e manutenção dos dispositivos intravasculares.

7.3. Enquadramento na Prática Clínica

A realização de qualquer procedimento pediátrico no BO implica, segundo o Protocolo Sectorial do Serviço de Anestesiologia, a disponibilização de hemoderivados: concentrados de eritrócitos, concentrados plaquetários e

plasma. Para que estes possam ser disponibilizados, é necessária a realização da colheita de sangue, por fim a promover a identificação do grupo sanguíneo bem como a realização de todos os testes de compatibilidade necessários prévios à administração dos respetivos hemoderivados.

De acordo com o Protocolo Sectorial do Serviço de Imuno-hemoterapia, a colheita de sangue para tipagem, confere a garantia da validade da amostra para a realização dos testes de compatibilidade necessários, nas 72 horas seguintes à colheita de sangue. A limitação na sua validade, inviabiliza habitualmente que a tipagem seja realizada simultaneamente com as restantes análises integradas no percurso da criança ou jovem, normalmente realizado uma semana antes do procedimento cirúrgico. Por este motivo, torna-se necessária a realização de uma nova colheita de sangue no dia anterior à realização do procedimento cirúrgico, habitualmente realizada aquando do internamento da criança ou jovem e família no serviço de internamento.

Por fim, em resultado da especificidade dos problemas de saúde dos clientes pediátricos do serviço, a anestesia deve ser realizada com recurso à indução endovenosa com técnica anestésica balanceada, pelo que é necessária a cateterização venosa periférica previamente à indução anestésica para a respetiva administração de soroterapia, bem como dos diferentes fármacos EV.

7.4. Manutenção do dispositivo intravascular na criança ou jovem submetido a cirurgia cardíaca

Face ao exposto nos pontos anteriores, ao abrigo do presente protocolo, devem ser prestados os cuidados para a manutenção do acesso venoso periférico da criança ou jovem, aquando da realização da colheita sanguínea para tipagem no dia anterior à realização da sua cirurgia cardíaca. A cateterização deve sempre que possível ser realizada ao final do dia, tentando desta forma que o período de manutenção do acesso seja o menor possível.

A implementação da prestação de cuidados para a manutenção do dispositivo intravascular na criança ou jovem no dia anterior à cirurgia cardíaca, não significa a obrigatoriedade do mesmo, resultando antes na articulação e uniformização dos cuidados prestados à criança ou jovem e família nos

diferentes contextos da prática clínica que representam a continuidade da sua experiência de hospitalização.

Assim, num profundo respeito pelo quadro de referência dos cuidados não traumáticos, compreendendo que a tipagem é uma intervenção a ser realizada obrigatoriamente no dia anterior à cirurgia, o enfermeiro responsável pela criança ou jovem deve avaliar a segurança para a prestação de cuidados para a realização da cateterização venosa periférica que permita simultaneamente a colheita de sangue, bem como a inserção e manutenção do dispositivo intravascular. Sempre que segundo a sua avaliação não estejam reunidas as condições necessárias para esta manutenção do dispositivo intravascular, de que servem exemplo maus acessos venosos periféricos, tentativas falhadas, experiência emocionalmente intensa para a criança ou jovem, deve apenas realizar a prestação de cuidados de enfermagem necessários para a colheita de sangue para tipagem.

8. CUIDADOS A TER COM A CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

8.1. Cuidados a ter na preparação da criança ou jovem e família

- Ambiente
 - Tranquilo e calmo;
 - Presença do familiar ou pessoa significativa;
 - Privacidade
- Partilha de informação com fim à preparação da criança ou jovem e família tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento. Aspetos a considerar na partilha:
 - Experiência sensorial e emocional
 - Objetivo e importância deste procedimento
 - Identificação de fontes de suporte específicos e individuais da criança ou jovem (boneco, tv, brincadeira terapêutica, telemóvel, música, entre outros)
 - Tomada de decisão partilhada: recurso ao suporte, escolha do local
- Aplicação do anestésico local

- Lidocaína 25mg/g + Prilocaína 25mg/g creme – 1 hora de aplicação, retirando o penso e limpando o local 15 minutos antes da cateterização de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIRA 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico
- Preparação do material
 - Equipamento de proteção individual de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIH.101 – Precauções básicas, do CHLC
 - Garrote
 - Soro Fisiológico para lavagem
 - Compressas
 - Dispositivo intravascular periférico – Selecionar o dispositivo em função do calibre da veia
 - Soro heparinizado de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIRA 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico
 - Dispositivos de manutenção de acesso intravascular sem agulha, devidamente expurgados com Soro heparinizado
 - Seringa de 5 ml
 - Desinfetante - – de acordo com Procedimento Multissetorial – CIRA. 115 – Utilização de detergentes, antissépticos e desinfetantes do CHLC
 - a) Cloreto de benzalcónio em propanolol 63% incolor
 - Película protetora da pele não irritante
 - Tiras de sutura adesiva estéril de 3mm
 - Penso de acordo com Procedimento Multissetorial - CIRA. 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico do CHLC
 - a) Penso transparente – preferencial
 - b) Penso com compressa – apenas na presença de humidade

8.2. Cuidados a ter na cateterização venosa periférica da criança ou jovem e família

- Ambiente
 - Seguro e tranquilo
 - Presença de familiar / pessoa significativa
 - Respeitar e assegurar fontes de suporte específicos e individuais da criança ou jovem (boneco, tv, brincadeira terapêutica, telemóvel, música, entre outros);
 - Conforto – posicionamento deve assegurar o conforto e bem-estar da criança ou jovem e família
 - Partilha de informação – partilhar informação com a criança ou jovem e família, de acordo com o estágio de desenvolvimento, relativamente à preparação para o procedimento.
- Local – os locais para cateterização venosa periférica são exclusivamente o dorso da mão, faces interna e externa do antebraço e sangradouros. No caso específico dos recém-nascidos, poder-se-á ainda recorrer ao dorso do pé, bem como às faces interna e externas do terço distal dos membros inferiores.
- Cuidados relacionados com a Cateterização (devem respeitar o tempo descrito de aplicação de anestésico local referidos anteriormente e contemplados no Procedimento Multissetorial – CIRA 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico
 - a. Lavagem das mãos de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIH. 102 – Higiene das mãos do CHLC
 - i. Antissépsia das mãos com SABA
 - ii. Lavagem das mãos com sabão
 - Equipamento de proteção de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIH.101 – Precauções básicas, do CHLC
 - b. Preparação da pele
 - i. Limpar quaisquer resíduos com compressa com Soro Fisiológico
 - ii. Secar
 - c. Aplicação do garrote

- d. Desinfecção de acordo com Procedimento Multissetorial – CIRA. 115 – Utilização de detergentes, antissépticos e desinfetantes do CHLC – Aplicar o desinfetante e permitir a aguardar pela completa secagem
 - i. Cloreto de benzalcónio em propanolol 63% incolor - Preferencial
- e. Cateterização
 - i. Assepsia assegurada através da técnica “non touch”
 - ii. Seleção do cateter em função do calibre da veia
- f. Após a cateterização, proceder de imediato à colheita de sangue para tipagem
- g. Adaptar o dispositivo de acesso intravascular sem agulha
 - o Heparinização do acesso com soro heparinizado de acordo com o de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIRA 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico
- h. Limpar com compressa com Soro Fisiológico
- i. Secar
- j. Desinfecção de acordo com Procedimento Multissetorial – CIRA. 115 – Utilização de detergentes, antissépticos e desinfetantes do CHLC – Aplicar o desinfetante e permitir a aguardar pela completa secagem
 - i. Cloreto de benzalcónio em propanolol 63% incolor - Preferencial
- k. Aplicação do penso
 - i. Aplicar película protetora da pele não irritante
 - ii. Aplicar tiras de sutura adesiva estéril para fixação do dispositivo intravascular
 - iii. Aplicar penso de acordo com Procedimento Multissetorial - CIRA. 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico do CHLC
 - Penso transparente – preferencial
 - Penso com compressa – apenas na presença de humidade

- iv. Proteger cateter e penso com ligadura sem contensão
- l. Lavagem das mãos de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIH. 102 – Higiene das mãos do CHLC
 - i. Antissépsia das mãos com SABA
 - ii. Lavagem das mãos com sabão
- m. Registo da prestação de cuidados de enfermagem na inserção e manutenção do cateter venoso periférico na criança ou jovem submetida a cirurgia cardíaca

8.3. Cuidados a ter com a manutenção da cateterização

Os cuidados a ter com a manutenção do cateter devem ser prestados uma vez por dia e imediatamente antes da criança ou jovem ir para o bloco operatório.

- Ambiente
 - Seguro, tranquilo e afetuoso
 - Presença de familiar / pessoa significativa
 - Respeitar e assegurar fontes de suporte específicos e individuais da criança ou jovem (boneco, tv, brincadeira terapêutica, telemóvel, música, entre outros);
 - Conforto – posicionamento deve assegurar o conforto e bem-estar da criança ou jovem e família
 - Partilha de informação – partilhar informação com a criança ou jovem e família, de acordo com o estágio de desenvolvimento, relativamente à preparação para o procedimento.
- Lavagem das mãos de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIH. 102 – Higiene das mãos do CHLC
 - Antissépsia das mãos com SABA
 - Lavagem das mãos com sabão
- Equipamento de proteção individual de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIH.101 – Precauções básicas, do CHLC
- Remoção da ligadura de proteção

- Avaliação do local de inserção do cateter
 - Despiste de sinais inflamatórios e respetivo registo
 - Manutenção e Substituição do penso de acordo com Procedimento Multissetorial - CIRA. 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico
 - a) Penso transparente – de 7 em 7 dias
 - b) Penso com compressa – de 2 em 2 dias
- Acesso ao cateter através do dispositivo de acesso intravascular sem agulha
 - Friccionar com desinfetante, de acordo com de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIRA 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico, aguardando pela secagem completa antes da administração EV
 - Administração de soro heparinizado
- Proteger cateter e penso com ligadura sem contensão
- Lavagem das mãos de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIH. 102 – Higiene das mãos do CHLC
 - a) Antissépsia das mãos com SABA
 - b) Lavagem das mãos com sabão

Sempre que o cateter deixe de estar permeável ou na presença de dor no local, fuga de líquidos, infiltração ou sinais de flebite ou infecção, este deve ser removido de imediato e aplicado um penso de acordo com o Procedimento Multissetorial – CIRA 126 – Prevenção das infeções relacionadas com dispositivos intravasculares no doente pediátrico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient education and*

counseling, 99 (2), 173-185. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.004>

Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: an integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.

Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.). (Vol 1 e 2) Loures: Lusociência

Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Institute for Patient and Family Centered Care. Acedido a 05/02/2017, disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

National Child Stress Network (2004), *The pediatric medical traumatic stress. A comprehensive care*. Acedido em 20/02/2017, disponível em <http://www.nctsn.org/trauma-types/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-for-health-care-providers>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

Congresso da SPCCTV 4D Visions



CERTIFICADO CIENTÍFICO

Certifica-se que

Dario Antunes

Apresentou o trabalho com o título

Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that suport child and familys' emotional management

na forma de **Comunicação Oral Breve**, inserido no
Congresso SPCCTV 4D Visions

Albufeira, Portugal | 24 a 26 de Novembro 2017

Autores: Dario Antunes; Paula Diogo


José Fernando Teixeira
Presidente SPCCTV


Álvaro Laranjeira Santos
Comissão Organizadora


Rosário Orfão
Presidente da SPA

ANEXO II

Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular – Vol. 24



Revista Portuguesa de CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR

Volume 24 - N.º 3 e 4 - Julho-Dezembro 2017



ESPECIAL

Congresso da Sociedade Portuguesa
de Cirurgia Cardioratórica e Vascular

24 a 26 de Novembro de 2017
Albufeira, Algarve

PERIOPERATIVE FAMILY CENTERED CARE: NURSING INTERVENTIONS THAT SUPPORT CHILD AND FAMILIES' EMOTIONAL MANAGEMENT

Dario Antunes¹; Paula Diogo²¹ CHLC, EPE - Hospital Santa Marta;
² Escola superior de Enfermagem de Lisboa

INTRODUCTION

Hospitalization is a negative tonality experience for both child and family, being fear and anxiety their emotional mirror. Concerning the surgical experience, the environment, invasiveness, fear of pain, of not waking up from anaesthesia and parental separation are both causes and enhancers of child and family perioperative distress. A study concerning parent's emotional experience of child's submitted to cardiac surgery, refer guilt for their son's cardiopathy, a roller coaster of emotions, impotence and being seated on pins and needles while waiting during the surgery. Objective: Identify and map the scientific production concerning nursing interventions that promote child and family's perioperative emotional management.

METHODS

Literature was searched in CINAHL and MEDLINE, and also on Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports and Cochrane Library. Search was done using all identified keywords and index terms. The study will consider quantitative and qualitative studies, as well as systematic reviews. The quantitative studies will include, although not being limited to experimental and epidemiological study designs. The qualitative studies will include, although not being limited to phenomenology, grounded theory and ethnography. The

systematic reviews will include meta analysis and meta synthesis. Unpublished literature will also be considered.

RESULTS

Specifically in paediatric perioperative care, the use of preoperative programs based on psycho-emotional resources adapted to the child's age range, results in fear and anxiety's reduction and consequently increasing well-being. Regarding parental presence during anaesthetic induction, it has a very important effect in decreasing both child and parent's anxiety. However, it should be supported and programed so that it is safe and effective. Communication with family during surgery, attending to multidisciplinary organization, periodicity and supported by a nursing liaison program, is particularly important in decreasing family's anxiety during intraoperative period.

CONCLUSION

Family centred care are the paediatrics' care philosophy. Concerning the perioperative period, it expresses through several interventions like preoperative preparation, parental presence and nursing liaison. These nursing interventions are particularly important in decreasing stress and anxiety, promoting safety, respect and well-being, and also because it promotes the child's development and facilitates future experiences.

Apêndice VI
Atividades de Estágio no Bloco Operatório



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

Guia de Atividades de Estágio
Bloco Operatório de Cirurgia Cardioriorácica

Mestrando:

Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes

Lisboa
Janeiro de 2018



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
3º Semestre

Atividades de Estágio
Bloco Operatório de Cirurgia Cardiorácica

Mestrando:
Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes n.º 7328

Docente Orientador:
Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeiro Orientador:
Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem
Conceição Alves

Lisboa
Janeiro de 2018

ÍNDICE

SUMÁRIO	3
a) Enquadramento conceptual	4
b) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados	7
c) Apresentação do local de estágio	15
d) Análise da prática de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica	16
e) Apresentação de Comunicação Livre no XVIII Congresso Nacional da AESOP	32
f) Sessão de Análise das Práticas – Journal Club	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	59
APÊNDICE I – Dossier temático	60
ANEXOS	
ANEXO I – XVIII Congresso Nacional da AESOP	

SUMÁRIO

A elaboração deste Guia Orientador das Atividades de Estágio, enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, integrada no 3º Semestre do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A elaboração do presente documento, tem como base o meu projeto de estágio que parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que será analisado à luz dos quadros de referência do cuidar em enfermagem à criança ou jovem e sua família. Esta problemática, irá simultaneamente permitir a articulação com a definição de um percurso formativo que decorrerá nos diferentes contextos da prática, por forma a promover o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Este desenvolvimento de competências, terá como base a metodologia reflexiva e a prática baseada na evidência, na medida em que são condições para o desenvolvimento do conhecimento enquanto mestrando e futuro EEESIP.

Assim, o desenvolvimento do projeto parte da identificação de uma problemática no meu contexto da prática clínica, que se relaciona com a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório. A experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família (Diogo, 2015, 2017). Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a incerteza, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como etimologia do *distress* da criança ou jovem e da família no perioperatório.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), pelo seu lado, define os cuidados centrados na família como filosofia central do cuidar em pediatria, segundo a qual o suporte emocional é um pilar essencial (Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), 2017; OE, 2010). Watson (2002a, 2002b), refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Já a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP) (2006), pelo seu

lado, define o propósito da enfermagem perioperatória na orientação do cuidar para a pessoa e na garantia da sua segurança física e emocional.

Desta forma, são meus objetos de estudo a compreensão da experiência emocional da criança ou jovem e família no perioperatório, e a identificação das intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

m) Enquadramento conceptual

Cuidados Centrados na Família

A publicação da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada em 1988, foi um marco muito importante na história dos direitos das crianças. Ela veio defender o melhor interesse da criança e promover o seu bem-estar, na medida em que identifica os direitos essenciais das crianças durante o período em que estão hospitalizadas (UNICEF, 1990).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), pelo seu lado, identifica o cliente pediátrico num binómio indissociável de que fazem parte a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa. Identifica como responsabilidade do enfermeiro, o trabalho em parceria com a criança ou jovem e família/pessoa significativa, devendo para isso promover a educação para a saúde e capacitar o cliente, bem como adequar o suporte familiar e comunitário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em continuidade com a sua resolução de 2009, integra os cuidados centrados na pessoa como política nuclear no fortalecimento dos sistemas de saúde e na garantia da qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2016).

A European Operation Room Nurse Association (EORNA) (1997), evoca à defesa do cliente, familiares e outras pessoas significativas referindo o seu direito de receber as informações necessárias, bem como o suporte emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios. Já a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) (2006), fundamenta o seu propósito e desígnio na defesa e orientação dos cuidados de enfermagem perioperatórios para a pessoa, tendo como base

uma parceria cujo objetivo é garantir a sua segurança física e emocional, prevenindo a infecção e os acidentes.

Tal como McCormack *et al.* (2015) referem, a evidência reflete a evolução da prática e dos cuidados, no sentido dos cuidados centrados na pessoa. O Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), refere que os cuidados centrados na família têm como base integrar na prática clínica a criança ou o jovem e a família ou pessoa significativa, na perspetiva do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, bem como na dimensão do desenvolvimento de políticas organizacionais e institucionais dos cuidados de saúde. A parceria estabelecida entre os prestadores de cuidados e os clientes, elemento central dos cuidados centrados na família, são nucleares na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, ao mesmo tempo que promovem o bem-estar e a satisfação dos clientes (IPFCC, 2017).

O modelo dos cuidados centrados na família está assente em quatro pilares conceptuais: dignidade e respeito; partilha de informação; participação; e colaboração. O IPFCC enquadra ainda como elementos centrais na filosofia dos cuidados centrados na família, o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança, o respeito pelos diferentes métodos de *coping*, a promoção da rede e suporte entre famílias, a resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, a promoção de políticas de suporte emocional e financeiro das famílias e a resposta às necessidades dos clientes, atendendo e respeitando a diversidade cultural (IPFCC, 2017).

Os Cuidados Centrados na Família no Paradigma da Transformação

A orientação para a pessoa, é a base da diferenciação da disciplina da enfermagem de outras disciplinas, e decorre de um percurso histórico de identificação e precisão do seu próprio domínio da investigação e da prática clínica. (Kérouac, Pépin & Ducharme, 1994). O Paradigma da Transformação, cujo enquadramento histórico é posterior a 1975, define-se na conceptualização de que cada fenómeno é único, estando em constante interação recíproca com uma unidade global e de maior dimensão, o mundo que a envolve. É neste paradigma que Watson integra o seu contributo para a enfermagem. Parte de uma preocupação e de um mal-estar, “o sofrimento humano e ecológico é

comum por todo o mundo, o cuidar que restaura, e o antigo sagrado feminino que a enfermagem simboliza, foi ferido e necessita de ser curado.” (Watson, 2002a, p.6). Watson enquadra-se num movimento de enfermeiros cuja inquietude faz emergir um novo paradigma orientado para aquele que entende como o arquétipo da enfermagem, a energia sagrada feminina do cuidar-curar. Evoca ao reacender da luz que ilumina o caminho em direção ao pós-moderno, guiado pela cosmologia transpessoal e transcultural, num propósito humanista de profundo respeito pela dignidade (Watson, 2002a). Segundo Watson (2002a, 2002b), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar.

A experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório

Assim, importa definir que, de acordo com Damásio (2012), se entende por emoções as respostas químicas e neurais a estímulos que se manifestam na dimensão física enquanto alterações corporais e na dimensão da mente enquanto sentimentos, ou seja, o resultado da tomada de consciência da emoção.

Mas foi a socióloga Hochschild (1983) que, ao estudar as emoções e o seu estreito relacionamento com a ação, trouxe para o conhecimento um novo conceito a que chamou de *emotional labour*, ou seja, trabalho emocional. Por sua vez, Smith (1992, 2009), integra este conceito na prática dos cuidados de enfermagem, descrevendo a capacidade, que mais do que inata deve ser aprendida e treinada, do enfermeiro em gerir e superar os seus sentimentos e conflitos internos, com fim a induzir a segurança e tranquilidade essenciais para o bem-estar e satisfação do cliente. Em sua continuidade, Diogo (2015) evidencia a dupla centralidade do trabalho emocional dos enfermeiros, na medida em que através de um processo de gestão emocional, os enfermeiros procuram regular a disposição emocional para cuidar e, simultaneamente, promover um ambiente e contexto de cuidados mais seguro, tranquilo e afetuoso – um cuidado emocionalmente competente.

Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a invasibilidade, a incerteza sobre o desenrolar do procedimento, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como causas importantes para o *distress*

da criança ou jovem e da família. Segundo Diogo (2015), a experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família, sendo que especificamente no contexto perioperatório, a falta de preparação, falhas de comunicação, bem como a incerteza e as significações individuais, têm um impacto extremamente negativo na dinâmica familiar (Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016). É neste enquadramento, que defino como problemática a experiência emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório, sendo esta predominantemente negativa e perturbadora, e caracterizada por vivências emocionalmente intensas associadas à cirurgia.

n) Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados

Tendo em vista o desenvolvimento das competências do EEESIP defini como objetivos gerais do projeto de estágio:

- Desenvolver competências de EEESIP, tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença;
- Desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem, orientado pela filosofia dos cuidados centrados na família, visando a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório.

Para além dos objetivos gerais, foram, também, estabelecidos objetivos específicos, atividades e as competências a desenvolver que apresento em seguida em forma de tabela.

Bloco Operatório de Cirurgia Cardiotorácica

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências desenvolvidas
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a dinâmica organizacional, a estrutural do serviço e as concepções/modelos orientadores da prática clínica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos manuais, normas e procedimentos do serviço - Entrevista ao Enfermeiro chefe e/ou de referência <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de Guião da entrevista ▪ Apresentação do projeto e negociação das atividades a desenvolver - Observação da prática de cuidados e reflexão com o enfermeiro orientador 	<ul style="list-style-type: none"> - Manuais, normas e procedimentos do serviço/instituição; - Guião da entrevista 	

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as intervenções de enfermagem à criança ou ao jovem e à família que visam a promoção dos cuidados centrados na família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre as práticas no contexto clínico; - Consulta dos diagnósticos, intervenções e resultados no sistema informático para identificar os mais frequentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem - Ciclo Reflexivo de Gibbs 	<p>A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das estratégias de comunicação da equipa de enfermagem com a criança ou jovem e família; - Mobilização de estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de Aprendizagem 	<p>E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento</p>

<p>- Estimular a expressão das emoções e sentimentos, promovendo a capacitação para a gestão emocional da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver;</p>	<p>- Estimulação da expressão emocional da criança ou jovem e família mobilizando técnicas adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento.</p> <p>- Promoção de momentos e espaços de partilha e suporte emocional à criança ou jovem e família, com base na parceria de cuidados, na filosofia dos cuidados centrados na família e no trabalho emocional em enfermagem pediátrica.</p> <p>- Análise da prática de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2015, 2017) disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paedi</p>	<p>- Escuta ativa e abertura à experiência emocional</p> <p>- Brincar, desenho e leitura de histórias</p> <p>- Estratégias de gestão emocional (sensibilidade vigilante; procura de informação prévia; disponibilidade; preparação para os procedimentos; postura calma e tranquila; envolvimento familiar)</p> <p>- Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes</p> <p>- Diário de Aprendizagem</p> <p>- Ciclo de Gibbs</p>	<p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</p>
--	--	--	--

	atric Nursing a propose Model for practice guidance		
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família nas diversas idades e estádios de desenvolvimento; - Promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório; - Identificar as estratégias e fontes de suporte da criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reflexão sobre a prestação de cuidados do Enfermeiro de referência; - Colaboração e reflexão sobre a prestação de cuidados à criança ou jovem e família com o Enfermeiro de referência; - Realização de um Diário de Aprendizagem tendo como base uma situação significativa; - Prática baseada na evidência - Mobilização de estratégias de preparação cirúrgica pré-operatória adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; 	<ul style="list-style-type: none"> -- Diário de Aprendizagem - Carta terapêutica - Ciclo Reflexivo de Gibbs - Consulta de bases de dados internacionais e de manuais relevantes - Meios de tecnologia audiovisuais 	<p>B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</p> <p>B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</p> <p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</p> <p>E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</p>

<p>ou jovem e família para a sua gestão emocional;</p> <p>- Promover o reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família.</p>	<p>- Elaboração de póster / dossier temático: Cirurgia Cardíaca – uma experiência e um percurso.</p> <p>- Apresentação de comunicação livre na XVII Reunião Conjunta entre a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiorácica e Vascular e a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia a 24 e 25 de Novembro de 2017: <i>Perioperative Family Centered Care: nursing interventions that support child and family's' emotional management. A scoping review protocol.</i></p>		<p>E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</p> <p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p> <p>E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde</p>
--	--	--	---

--	--	--	--

a) Apresentação do local de estágio

Este é assim um BO da especialidade de Cirurgia Cardiorádica, integrado no mesmo Centro Hospitalar da CP, sendo, neste sentido, parte integrante do Centro de Referéncia para a área da Cardiopatia Congénita (Certificado com o código 22/2016), e, partilhando por isso a mesma área de diferenciação e especialidade da CP. Este BO está integrado numa zona restrita do serviço de Cirurgia Cardiorádica que agrega o BO, a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) e a Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos (UCI). O BO não tem uma área exclusivamente dedicada às crianças, jovens e suas famílias que vão ser submetidas a um procedimento cirúrgico, sendo o espaço e as infraestruturas partilhadas entre o cliente pediátrico e adulto. A especificidade técnica e assética de um BO, agravada aqui pela necessidade desta partilha das infraestruturas, leva a que do ponto de vista do ambiente, o BO não se encontre adaptado e adequado ao cliente pediátrico, não sendo assim, possível observar os habituais e tão importantes, desenhos na parede e fardas com bonecos que de uma forma muito particular rompem com a frieza e despersonalização do ambiente hospitalar (Hockenberry & Wilson, 2014). Em 2017, a publicação do Despacho nº. 6668/2017 (Diário da República Série II. Nº 148), que se fundamenta num propósito de promoção do humanismo e da defesa da dignidade das crianças e jovens submetidas a uma cirurgia, mandatou as direções clínicas para que reunissem as condições necessárias para assegurar a presença parental junto das crianças e jovens até ao momento da indução anestésica. No que diz respeito a este BO, as direções clínicas do serviço de Cirurgia Cardiorádica e de Anestesiologia, ao abrigo dos critérios de exceção, contemplados neste mesmo Despacho, entenderam que face à situação crítica do cliente pediátrico, o BO não reúne as condições necessárias para assegurar a presença parental até ao momento da indução anestésica, não sendo assim autorizada a entrada dos pais ou pessoa significativa no BO. Em oposição a esta inadequação estrutural do BO, o serviço oferece uma sala exclusivamente dedicada aos pais, familiares ou pessoas significativas das crianças e jovens que estão a ser submetidos a um procedimento cirúrgico. Esta sala disponibiliza sofás, uma televisão, um wc privativo, e ainda uma janela, num propósito

intencional de promoção do conforto e de respeito pela dignidade destes familiares, para que possam na sua individualidade e privacidade, aguardar pela evolução da cirurgia, vivendo e experimentando momentos que se caracterizam habitualmente por uma profunda tensão e crise emocional. (Capurso & Ragni, 2016; Wei *et al.*, 2016).

É precisamente na compreensão desta vulnerabilidade física e emocional, específicas do cliente submetido a um procedimento cirúrgico, que a EORNA fundamenta o desígnio e a identidade da enfermagem perioperatória; na defesa do cliente, no respeito pela partilha de informação e na promoção de suporte físico e emocional. Especificamente em Portugal, a AESOP enquadra a emergência da enfermagem perioperatória no respeito holista do cliente, apelando ao cuidar perioperatório do cliente na sua unidade e multidimensionalidade (AESOP, 2006). A separação das crianças à entrada do BO e esta ausência de condições estruturais, vem assim como que reforçar o sentimento de responsabilidade pelo cuidar e a empatia emocional de toda uma equipa de enfermagem que não se desligando ou resignando à indiferença emocional, assume o respeito e defesa da dignidade do seu cliente; partilhando um cuidar humano e digno, através do qual a partilha de amor e dádiva de afeto, são a cor e o calor que rompendo com a frieza de todo este ambiente, aquecem e confortam a intersubjetividade aqui experimentada pelas crianças, jovens e suas famílias (Diogo, 2015, 2017; Watson, 2002a, 2002b).

b) Análise da prática de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

No decorrer dos passados doze anos, tenho exercido a minha prestação de cuidados de enfermagem num bloco operatório de cirurgia cardiotorácica. Ao longo deste período, tenho desenvolvido especificamente a minha perícia na prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem e família no perioperatório, desempenhando para isso, as funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista (AESOP, 2006). O estágio de 4 semanas no meu serviço, foi entre outras, uma oportunidade impar para promover junto da equipa, momentos de partilha e de reflexão sobre o

trabalho emocional inscrito nesta prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem e família no perioperatório, relevando-se também aqui como pilar essencial das concepções e modelos orientadores do Cuidar em pediatria. Assim, proponho-me a analisar a prática dos cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) (Diogo, 2017a), recorrendo para isso, ao relato de uma experiência cuja sua evolução ao longo da maioria do percurso perioperatório, é um reflexo da globalidade das experiências partilhadas neste contexto da prática clínica. A especificidade desta experiência, é ainda facilitadora da análise da prestação de cuidados da equipa em contextos emocionalmente tensos e difíceis, e que apesar de pouco frequentes, estão presentes no quotidiano da vida dos nossos clientes e de todos aqueles que aqui prestam cuidados.

A Carolina (nome fictício) era uma jovem criança com 8 anos, a quem tinha sido diagnosticado, no decorrer do seu desenvolvimento fetal, um grave problema de saúde. O diagnóstico de uma Transposição das Grandes Artérias, que surgiu no curso da vigilância da gravidez, implicaria previsivelmente a realização de uma cirurgia de Switch Arterial à sua nascença (Fragata, 2009). Contudo, face à sua especificidade anatómica, não foi possível a realização deste procedimento, levando a que a sua cirurgia neonatal fosse convertida numa cirurgia de cariz paliativo de Shunt Blalock-Taussing (BT) (Fragata, 2009). A evolução do seu processo de saúde-doença, levou a que nesta fase do seu percurso de vida, com 8 anos de idade, fosse novamente proposta a realização da cirurgia de Switch Arterial.

A Carolina foi inscrita no planeamento operatório, surgindo no agendamento do dia seguinte para ser submetida a cirurgia em primeiro tempo operatório, significando isto que a sua entrada no bloco operatório estava prevista para as 8 horas e 30 minutos da manhã. A prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios, começou, como habitualmente, no dia anterior com a validação do agendamento operatório e com a preparação de todo o material de apoio necessário à realização da cirurgia. Estando tudo devidamente preparado para a cirurgia a realizar no dia seguinte, decidi então sugerir a uma colega, no sentido da promoção da partilha da experiência, que me acompanhasse na realização da visita pré-operatória (VPO) à Carolina.

Começámos assim, por consultar a informação registada no processo clínico pelos colegas da Cardiologia Pediátrica (CP), durante o seu acolhimento. A consulta de toda esta informação, é profundamente facilitadora da familiarização e compreensão sobre a individualidade do cliente, bem como sobre a evolução do seu processo de saúde-doença. Tendo consultado o processo clínico, e reunido as informações que entendi necessárias, preparámo-nos para a realização da visita pré-operatória.

A VPO, é um momento de eleição para a interação precoce entre o enfermeiro perioperatório e a criança ou jovem e família, sendo neste sentido, a primeira expressão da humanização dos cuidados perioperatórios, num honesto reconhecimento da sua vulnerabilidade e respeito pela sua dignidade e individualidade (AESOP, 2006). A experiência de hospitalização, é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e família, implicando uma rutura com as rotinas quotidianas e o contacto com um ambiente pouco familiar (Diogo, 2015, 2017a, 2017b). No que diz especificamente respeito à experiência de hospitalização no perioperatório, esta é ainda mais intensa do ponto de vista emocional, envolvendo o contacto com roupas, cheiros e equipamentos pouco familiares, a realização de diversos procedimentos, entre outros (Diogo, 2015, 2017a, 2017b; Panella, 2016). A evidência é neste sentido muito frutuosa, no que diz respeito aos importantes benefícios que decorrem do recurso às diferentes estratégias e metodologias de realização da preparação cirúrgica à criança, jovem e família (Aranha et al., 2017; Diogo, 2015, 2017a, 2017b; Panella, 2016; Rasti-Emad-Abadi, Naboureh, Nasiri, Motamed & Jahanpour, 2017). É no mais profundo reconhecimento, da importância desta preparação cirúrgica à criança ou jovem e família, no sentido da aprendizagem de diferentes estratégias de *coping* e na promoção do seu bem-estar, bem como na forma como esta intervenção se inscreve, nas conceções orientadoras do Cuidar em pediatria; que a Ordem dos Enfermeiros (2011) reconhece, a preparação cirúrgica do cliente enquanto intervenção autónoma de enfermagem.

Não existindo nenhum programa específico e organizado de preparação cirúrgica neste hospital, reuni em conjunto com a minha colega, o material específico que entendi ser apropriado ao estágio de desenvolvimento da Carolina, bem como à experiência cirúrgico-anestésica e sensorial prevista. A Carolina, sendo uma criança em idade escolar, teria previsivelmente medos

normativos, que caracterizam a sua idade e estágio de desenvolvimento, podendo a experiência cirúrgica neonatal, bem como os diferentes contactos com a realidade hospitalar ao longo da evolução do seu processo de saúde-doença, ter desenvolvido medos específicos, para os quais deveríamos estar sensivelmente vigilantes (Diogo 2015, 2017a, 2017b). Assim, tive oportunidade de partilhar com a minha colega, aqueles que são os medos normativos de uma jovem escolar, habitualmente relacionados com o medo da dor e da morte, pelo receio em ter que realizar diversos procedimentos e de não acordar da anestesia, sendo ainda habitual, em resultado do desenvolvimento da autonomia e autoconceito que caracterizam este estágio de desenvolvimento, o receio pela perda de controlo, pelo abandono e afastamento dos pais e dos amigos, e ainda o receio pela perda de produtividade, normalmente muito relacionada com a atividade escolar (Diogo, 2015, 2017a, 2017b; Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013).

Assim, deslocámo-nos à CP fardados com o vestuário do BO, levando connosco máscaras e toucas, bem como alguns dos dispositivos médicos que seriam utilizados no dia da cirurgia, de que servem exemplo os elétrodos, sensores de oximetria, sistemas de soro, ou pensos EMLA (Infarmed, 2016). Depois de um momento de partilha de informação com os colegas da CP, a fim de validar a informação recolhida no processo clínico, deslocámo-nos até ao quarto da Carolina, onde estava na companhia dos pais, sentada em cima da cama a jogar num telemóvel. Dirigi-me à Carolina, e centrando toda a minha ação e comunicação em si, e só depois nos pais, perguntámos se podíamos entrar e falar um pouco com ela (Hockenberry & Wilson, 2014). A Carolina, cumprimentou-nos com discreta timidez, consentindo a nossa partilha. Foi assim que começámos por nos apresentar, referindo os nossos nomes, quem eramos e porque estávamos ali. Começámos por validar se sabia porque estávamos ali, referindo-nos que “...era para tratar do coração dela”. Em seguida, no sentido da otimização da comunicação, bem como no reforço do seu controlo da situação, disponibilizámo-nos para esclarecer qualquer dúvida que tivesse. “Quando é que eu vou ser tratada?” foi a sua primeira pergunta. “Tu vais ser logo a primeira querida. Ou seja, pouco depois de acordares, vais lá a cima fazer-nos uma visita com os teus pais”. E olhando para os pais, perguntou-me “E eles vão ficar comigo?” Esta pergunta foi uma ótima oportunidade para valorizar a reflexão que

já tinha realizado, reforçando positivamente (Diogo, 2015, 2017a, 2017b), quer a sua maturidade de reflexão, quer a sua coragem em perguntar e exteriorizar os seus pensamentos. A sua dúvida certamente seria partilhada com os pais que atentamente olhavam para nós. Começámos então por referir, que os pais estariam sempre presentes ao seu lado, com exceção de um breve momento que seria precisamente dentro do bloco operatório. Justificando que o bloco não tinha ainda as condições necessárias para que isso pudesse acontecer, expliquei-lhe que estávamos ali para falar sobre o que iríamos fazer dentro bloco operatório, onde os seus pais não estariam, mas onde eu e a minha colega estaríamos sempre, para a acompanhar até que estivesse de volta com os seus pais. A Carolina, estando em idade escolar, já toleraria e consentiria a separação dos seus pais, desde que fosse por um curto espaço de tempo, devidamente informada e consentido esta mesma separação, pelo que com esta explicação tentei promover a sua confiança em mim, no sentido de, no final de toda esta experiência de partilha de informação e preparação para a cirurgia, se sentisse suportada e capacitada para uma tomada de decisão partilhada (Diogo, 2015, 2017a, 2017b; Hockenberry & Wilson, 2014; IPFCC, 2017).

Sugeri então, na ausência de outras dúvidas no momento, que passássemos à partilha sobre a previsão de como decorreria a evolução desta experiência ao longo do perioperatório imediato (Goodman & Spry, 2016; Serra *et al.*, 2015). Foi assim que, ao longo de uma calma e tranquila conversa, partilhámos todo um conjunto de informações sobre as rotinas pré-operatórias necessárias para a sua preparação e segurança, referindo, entre outras, a necessidade de jejum, tomar banho antes da cirurgia ou a administração da medicação pré-anestésica. Em seguida, incidimos sobre aquela que seria a previsão da sua experiência no bloco operatório, referindo que se deslocaria até nós naquela cama, uma vez que em resultado da medicação pré-anestésica: “... vais-te sentir um bocadinho esquisita... vá tonta e até divertida”, referi, sorrindo e piscando-lhe o olho em tom de brincadeira. “Quando chegares lá a cima, a tua mãe e o teu pai vão dar-te um beijinho de até já e vamos juntos até à tua sala no bloco operatório”. A Clara sorriu, pelo que lhe disse que não tinha mal rir-se, pelo contrário, aquele era o momento ideal para expressar as suas emoções e sentimentos, para que nós e os seus pais, a pudéssemos ajudar a compreender melhor o que se iria passar. Mas o motivo pelo qual se ria era que “... já sei que a minha mãe vai chorar...”.

A mãe olhou para nós visivelmente ruborizada, com os olhos já em lágrimas, expressando uma clara tentativa de contenção emocional. Recorri à partilha e uso terapêutico do *self*, no sentido da expressão de um cuidar humano, honesto e profundamente respeitador da dignidade do cliente. Partilhei que também tenho um filho e que apesar de trabalhar ali todos os dias, se o meu filho tivesse que ser operado, também eu choraria “... não é porque somos fracos sabes? É porque vos amamos muito e queremos sempre estar junto de vocês. Mas sabes o que eu sei? É que a tua mãe vai ter o teu pai junto dela e tu vais-nos ter a nós.” E depois, numa explícita tentativa de promoção da regulação e gestão emocional, brinquei referindo: “Bem sei que não tenho a altura do teu pai, mas olha que também sei dar bons abraços!!! E se não gostares do meus, olha que lá em cima somos muitos!!!”

Rimo-nos um pouco, e retomando a partilha sobre a sua experiência no bloco operatório, incidi sobre a experiência sensorial e anestésico-cirúrgica, referindo algumas características do BO, como o frio, a luz ou as cores, e promovi a sua experiência com os diferentes dispositivos como os elétrodos e oxímetros (Panella, 2016). Em seguida, abordei a necessidade da cateterização venosa periférica para que pudéssemos administrar a medicação que serviria para a colocar a dormir. Nesta situação, ao contrário de muitas outras, as experiências anteriores foram facilitadoras, uma vez que a Carolina já tinha realizado várias colheitas sanguíneas e os seus pais colocavam sempre a Emla (Infarmed, 2016), pelo que nos referiu que não doía nada. Restava agora, apenas partilhar que nada mais seria feito, apenas aguardar que a medicação fizesse o seu efeito e que a levasse até ao seu sonho favorito, sendo que quando acordasse, o seu pai e a sua mãe, estariam de volta ao seu lado.

Por último, abordei ainda a temática da dor. E referindo que imaginava que tivesse medo da dor, desmistifiquei esta questão, e validando que dávamos medicação para garantir que não teria dores, reforcei que se alguma vez sentisse dor que bastava referir a um colega, que recorrendo à administração de terapêutica prescrita, bem como a outras estratégias não farmacológicas, iria certamente promover o seu conforto e bem-estar.

Estávamos a chegar ao final deste momento de partilha, sendo agora espaço de reforçar a importância do esclarecimento de dúvidas, bem como da expressão dos seus sentimentos e emoções. Em resultado deste momento profundamente

promotor da sua confiança, do equilíbrio de poderes e do nosso envolvimento emocional, a Carolina verbalizou um receio que tinha guardado dentro de si: “Como é que vão fazer para me acordar?”. Tal como referido, é um medo normativo na idade escolar o receio de não acordar da anestesia (Diogo, 2015, 2017a, 2017b; Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem Enfermeiros, 2013). A desmistificação deste medo, foi baseada no recurso a um sistema de soro, partilhando a simplicidade em interromper a administração do fármaco que a estava a fazer dormir, e que assim que o parássemos ela iria acordar. Este esclarecimento foi muito tranquilizador não só para a Carolina, mas também para os pais, que sentindo a sua filha mais calma, ficaram eles igualmente, numa lógica de contágio emocional (Barros, 2003), mais tranquilos.

E assim, validando a inexistência de mais dúvidas por parte da Carolina ou dos pais, pedi-lhe que até ao dia seguinte fosse pensando naquilo que a deixava mais feliz, como uma música, um jogo, uma praia, o que fosse. Sem hesitar, referiu-me a música e praia. Referi-lhe que então a nossa viagem no BO, seria até à praia preferida dela, ao som da sua música preferida. E assim, validando que no telemóvel tinha músicas das quais gostava, sugeri que o levasse consigo até ao BO, ficando eu encarregue de o devolver pessoalmente aos pais. Ficaram felizes, e consentindo a minha sugestão, despedimo-nos, assegurando que estaríamos os dois lá para a receber no dia seguinte de manhã. Ao sairmos da CP, tive oportunidade de em conjunto com a minha colega, refletir sobre a forma como tinha decorrido esta VPO, fundamentando e enquadrando a forma como tinha conduzido a preparação para a cirurgia. Entre toda esta experiência, a colega partilhou que tinha achado muito interessante a forma como tinha recorrido à minha vida pessoal para, por um lado conseguir suportar a mãe, e por outro harmonizar o ambiente. Tal como lhe referi, não me inibiu em recorrer à partilha do *self*, uma vez que previamente a esta partilha, está um processo pessoal reflexivo intenso e contínuo de autoconsciência (Goleman, 2012), e que entendo não só ser muito importante, no seio da tripla centralidade do TEEP (Diogo, 2017a), como a entendo, enquanto honesta expressão de que “as pessoas precisam umas das outras de forma cuidativa e amorosa... o cuidar só pode ser eficaz, se assentar num processo interpessoal humanista” (Watson 2002b, p.63, 90).

A minha prestação de cuidados no âmbito desta VPO, partiu daquelas que são as conceções orientadoras do Cuidar em pediatria, partilhando a informação junto da Carolina e dos seus pais, incentivando a participação parental, e suportando a sua participação através da tomada de decisão partilhada e informada, bem como do planeamento da prestação de cuidados perioperatórios; assegurando desta forma, o nosso mais profundo respeito pela dignidade da Carolina e dos seus pais (Hockenberry & Wilson, 2014; IPFCC, 2017; NCSN, 2004; OE, 2010). Assim, na base desta partilha de informação, relativamente à preparação para a cirurgia, estive a identificação e reforço das fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da Carolina e dos seus pais, com fim à promoção da capacitação para a sua gestão emocional ao longo desta experiência perioperatória.

Ao expor a análise daquela que foi a minha prestação de cuidados ao longo desta VPO, ao Modelo de TEEP (Diogo, 2017a), é possível observar nesta experiência, que mais do que estando em sintonia com as conceções orientadoras do Cuidar em pediatria, o TEEP é um pilar essencial da prestação de cuidados de enfermagem no perioperatório da criança, ou jovem e família. Especificamente no que diz respeito à VPO, é possível observar como recorro às diferentes categorias do Modelo de TEEP, para numa combinação da intencionalidade com a honesta espontaneidade, promover a transformação positiva desta experiência perioperatória, contribuindo, desta forma, para o bem-estar da Carolina e dos seus pais, e melhorando simultaneamente a qualidade dos cuidados prestados (Diogo, 2017a).

Assim, a preparação para a VPO, começou sob a forma de consulta do processo clínico, com a nossa familiarização e compreensão da individualidade da Carolina e dos seus pais, bem como da especificidade evolutiva do seu processo de saúde-doença. Em sua continuidade, toda a informação foi validada com os colegas da CP, no sentido de despistar a ausência de informação ou interpretação enviesada. Em seguida, assegurámo-nos não só da disponibilidade e consentimento da Carolina e dos pais para a realização naquele momento da VPO, tal como garantimos a sua privacidade, realizando a mesma no seu quarto, onde se encontrava sozinha e na companhia dos pais. Toda esta preparação, manutenção da privacidade, postura calma e tranquila, bem como o ambiente familiar gerado pelo afeto expresso nas nossas palavras,

e pelo respeito na presença e estímulo à participação parental, são estratégias e recursos aqui mobilizados, com fim a “**promover um ambiente seguro e afetuoso**” (Diogo, 2017a). A par com este propósito, e em sua estreita articulação, a VPO desenrolou-se num ambiente de partilha de afeto, assente em dádivas de afeto que fluíam sob a forma de palavras carinhosas, como “querida... amor...”, de sorrisos e brincadeiras, de uma atitude disponível e calma, e mesmo pela empatia expressa através da partilha do *Self*. “**Nutrir os cuidados com afeto**”, surge a par da promoção do ambiente seguro e afetuoso, como categorias do Modelo de TEEP, mobilizadas aqui na VPO, com fim à promoção da tranquilidade e bem-estar da Carolina e dos seus pais, assente na confiança e segurança nos cuidados, e na consequente transformação positiva desta experiência de hospitalização (Diogo, 2017a).

Tal como referido, a VPO tem ainda como propósito a promoção do contacto precoce entre o enfermeiro perioperatório e o cliente, justificando-se esta necessidade, na promoção da continuidade dos cuidados e no respeito pela individualidade e dignidade do cliente; articulando desta forma, a operacionalização do processo de enfermagem entre os enfermeiros do bloco operatório e do internamento (AESOP, 2006). A VPO enquadra-se assim, do ponto de vista prático e conceptual, como uma estratégia que os enfermeiros perioperatórios mobilizam no sentido de “**facilitar a gestão das emoções do cliente**” (Diogo, 2017a). É assim, possível verificar que ao longo da minha prestação de cuidados, recorri à gestão emocional de antecipação, sendo seu reflexo a postura calma e carinhosa, a disponibilidade para esclarecer as dúvidas que tinham, o propósito de partilha de informação para a preparação para a cirurgia, o reforço positivo das construções e reflexões que a Carolina ia verbalizando e ainda a promoção da expressão dos seus sentimentos.

Por último, numa combinação do propósito com o resultado, a VPO revelou-se ainda muito importante, por ser profundamente facilitadora do conhecimento mútuo e da confiança estabelecida entre nós, a Carolina e os seus pais. Tendo respeitado o equilíbrio de poderes, através da tomada de decisão partilhada, assente na partilha de informação e na promoção à participação da Carolina, bem como dos seus pais, a intersubjetividade desta experiência, ficou ainda marcada por um envolvimento emocional, inscrito na minha prestação de cuidados, através da proximidade assegurada pela ligação afetiva e pela partilha

do *Self*. A VPO revelou-se, desta forma, como uma estratégia para de forma precoce, “**construir a estabilidade na relação**”, e desta forma promover a melhor adaptação para lidar com os processos de saúde-doença, tendo por base a aceitação e compreensão para com os enfermeiros (Diogo, 2017a).

No dia seguinte à VPO, tal como tinha sido combinado, a Carolina foi chamada para o BO pelas 8 horas e 30 minutos. Chegou-nos acompanhada pelos pais e por um colega da CP. Referindo aos restantes elementos da equipa que a Carolina tinha chegado, desloquei-me até junto de si, referindo: “Bom dia princesa!!! Então tal como combinado cá estamos hoje!! Bem sei que está um pouco de frio, mas se te prometi, cumpro!! Hoje vamos até à praia. Não te esqueceste da tua música, pois não?” E retribuindo a minha brincadeira, ela sorriu para mim mostrando-me o seu telemóvel. E assim, sugeri que avançássemos para dentro, mas não sem antes “... dar um beijinho especial de até já aos teus pais!!!! Eu não sei como é que eles se vão arranjar, mas queremos calções e fato de banho para receberem a Carolina!!”. Estes momentos não são fáceis para ninguém. Os pais da Carolina, tentando mostrar a sua força emocional e tentando simultaneamente manter esta brincadeira que de certa forma aligeirava o ambiente, brincaram referindo que iam só a casa buscar o equipamento e que estariam ali à espera dela. Despediram-se com um caloroso abraço, partilhado entre os três, numa paisagem de amor e calor que irrompia no meio da frieza daquele corredor.

Os pais foram acompanhados pelo colega da CP até outro corredor, abandonando aquele local abraçados na sua tristeza que agora se libertava e os dominava. A evidência científica relativamente à experiência emocional de pais de crianças ou jovens submetidas a cirurgia cardíaca, descreve que os pais se culpabilizam pela cardiopatia dos seus filhos e que referem o momento da entrega do seu filho ao staff cirúrgico, como uma montanha russa de emoções, em que o sentimento de incapacidade e impotência é friamente dominante (Wei *et al.*, 2016).

Simultaneamente, demos entrada com a Carolina no BO em direção à sua sala. Quando entrámos na sala, onde estavam também já a restante equipa de enfermagem, de entre os quais a colega que me tinha acompanhado na VPO, e a Anestesista, referi: “Estás a ver querida, estamos aqui todos hoje só para ti, vamos estar sempre aqui junto a ti. Não importa o tamanho das ondas, nem em

tão pouco se água está fria, esta malta vai toda hoje a banhos querida!!!!” E assim, com recurso à brincadeira, tentei aligeirar a entrada na sala de operações, onde apenas o amor e o cuidado humano e altruísta podem romper com este ambiente tão frio e impessoal.

A equipa apresentou-se individualmente à Carolina dirigindo-lhe palavras de conforto e reforço positivo como: “que olhos tão lindos... esses teus cabelos castanhos são mesmo bonitos...”. Em seguida, referi-lhe que, tal como combinámos, antes de fazer aquela picada de que tínhamos falado, teríamos apenas que colar aqueles sensores antes para que tudo estivesse pronto. Ofereci-lhe os elétrodos para que pudesse colá-los nos locais que referia e pedi-lhe que escolhesse um dedo para colocarmos o sensor de oximetria periférica. Em seguida, perguntei-lhe como queria fazer, se queria ouvir a música enquanto realizávamos a cateterização venosa periférica, ou se pelo contrário, reservava esse momento para quando fosse altura de começar a viagem. Prontamente referiu que apenas para quando fosse dormir. A tomada de decisão partilhada, bem como o suporte e promoção da participação nos cuidados, espelha o respeito pelas conceções orientadoras do Cuidar em pediatria, ao mesmo tempo que se revelam como estratégias muito importantes para incutir e reforçar o sentimento de autonomia e controlo da situação que caracterizam a idade escolar em que Carolina se enquadra. Tendo sido sua opção, pedi-lhe então que removesse o penso transparente, onde tinha sido aplicado o Emla (Infarmed, 2016). Tal como referi, as experiências anteriores, foram neste caso muito facilitadoras, sendo que a Carolina se revelou muito confiante de que não lhe iria doer. Antes que a Anestesista realizasse a cateterização venosa periférica, coloquei-me bem junto a ela, dando-lhe a mão, e pedindo-lhe que me acompanhasse na respiração. Recorri assim, à articulação da modelagem com a respiração profunda, enquanto a anestesista realizou a cateterização (OE, 2013). Assim que a anestesista referiu que já estava, confiante e em tom de brincadeira, referiu-me: “Vês? Eu não te disse que não me doía nada?!”. A Carolina tinha aprendido ao longo da evolução do seu processo de saúde-doença, a lidar com este procedimento, encontrando um recurso para transformar positivamente esta experiência, numa aprendizagem que mobilizou ao longo do seu processo de saúde-doença, reforçando assim a sua confiança e autoestima (Barros, 2003). Em tom de brincadeira, numa explícita valorização

da sua confiança, diferentes reforços positivos foram surgindo pelos diferentes elementos da equipa: “Tu és mesmo crescida querida... que forte que és amor...”

A Carolina sorria a sua confiança. Foi então que lhe referi que tinha chegado a hora de irmos dar aquela banhoca que ela tanto queria. Pedi-lhe que colocasse uma música que fosse calma e da qual gostasse muito. Antes que colocasse os *phones*, referi-lhe que iria estar ali sempre junto a ela, mantendo as nossas mãos dadas. A Carolina colocou a música e apertou-me a mão com muita força. Induzimos a anestesia ao som da sua música, enquanto no meu telemóvel fui passando imagens de praias, até que a Carolina estivesse profundamente sedada. Era agora tempo de, a par com a normal evolução deste procedimento anestésico-cirúrgico, partilhar informação junto dos pais da Carolina.

A VPO foi oficialmente abandonada da prática quotidiana neste BO por motivos de redução do pessoal e consequente priorização da gestão dos cuidados. Tal como Watson (2002b) refere “...o cuidar, humano e digno, tem sido desvalorizado na prática dos sistemas de saúde...” (p.62) e esta, não é mais do que a expressão cumulativa desta recorrente desvalorização e falta de reconhecimento pelo TEEP, pilar do cuidar altruísta, emocionalmente aberto para o outro, e parceiro na intersubjetividade desta experiência transpessoal (Diogo, 2015, 2017a, 2017b; Swanson, 1991, 1993). Diferentes estudos, revelam a ansiedade e o isolamento como os sentimentos predominantes das famílias que se referem postas de parte e abandonadas durante a evolução do procedimento cirúrgico (MacDonald, Latimer, & Drisdelle, 2006; Wei *et al.*, 2016). No que diz especificamente respeito, às emoções e sentimentos dos pais de crianças submetidas a uma cirurgia cardíaca, descrevem esta experiência emocional como uma montanha russa de emoções, referindo a longa e interminável espera durante a cirurgia, como estando sentados em cima de alfinetes e agulhas (Wei *et al.*, 2016). Os enfermeiros reconhecem aqui, pela sua resiliência em manter esta proximidade com a família, de que o cuidar não pode estar desligado e indiferente das emoções (Watson, 2002a, 2002b). É assim com base na sua empatia emocional que reconhecem a imprescindível necessidade de, no respeito pelas conceções orientadoras da prestação de cuidados ao cliente pediátrico, assegurar o suporte emocional e a partilha de informação, numa explícita promoção do sentimento de participação e respeito pela família (Chorney & Kain, 2010; IPFCC, 2017). A resiliência da equipa de enfermagem,

é uma verdadeira expressão pela sua vontade em cuidar, inscrita na preocupação em cuidar destes pais que experienciam com a sua filha este processo de saúde-doença (Watson, 2002b).

Desloquei-me então até junto dos pais que, dominados pela sua tristeza e ansiedade, aguardavam informações da Carolina. O facto de ter realizado a VPO, foi muito facilitador nesta partilha de informação, uma vez que sentiam já confiança e uma certa proximidade na nossa relação. Referi-lhes, que tal como previsto, estava tudo a correr bem, acompanhando-os então a uma sala que o serviço disponibiliza exclusivamente aos pais das crianças que estão a ser submetidas a cirurgia cardíaca. É uma sala com uma janela grande que disponibiliza uma TV, sofás e um wc privativo, para que os pais das crianças possam viver esta experiência no conforto e respeito pela sua privacidade. Pude então, neste ambiente mais tranquilo e privado, partilhar informação sobre como tudo tinha evoluído no BO até que a Carolina adormecesse. Foi muito importante expressar a forma como a Carolina lidado com esta experiência, referindo momentos-chave como a sua a confiança e alegria na ausência de dor associada à cateterização, na associação de imagens à música que tinha escolhido e tal como lhes disse: “...não foi com o abraço do pai, mas adormeceu de mão dada com Dario...” sorri, numa intencional tentativa, de com base na ressonância afetiva, facilitar a sua regulação emocional e desta forma promover o seu bem-estar (Diogo, 2015, 2017a, 2017b). Foi muito tranquilizante para os pais, saber que a Carolina tinha adormecida bem e calmamente, pelo que a restante partilha sobre o normal desenvolvimento deste procedimento cirúrgico, bem como do suporte e disponibilidade que iríamos manter, decorreu de forma harmoniosa e tranquila. Reforcei a disponibilidade e proximidade da equipa, referindo que nos deslocaríamos de 2 em 2 horas junto deles, que nos faríamos acompanhar pelo cirurgião no final do procedimento cirúrgico, para que pudesse partilhar com eles a informação, salvaguardando ainda, onde se podiam deslocar caso necessitassem de qualquer informação (Lopez *et al.*, 2016). Quando ia sair da sala, o pai chamou-me, e agarrando no meu braço pediu-me: “cuidem bem da minha menina...”. Dei as mãos aos pais, não sendo precisa qualquer troca de palavras, pois o afeto e a emoção que partilhámos era a mais honesta expressão do respeito e empatia que sentia por eles.

Tal como me tinha comprometido, acompanhei-os durante toda cirurgia, deslocando-me junto a eles de 2 em 2 horas, ao longo de um longo período que só veio a acabar ao fim de cerca de 6 horas. Desloquei-me então, na companhia do cirurgião junto aos pais, referindo que, tal como me tinha comprometido, estávamos ali para partilharmos a forma como tinha decorrido a cirurgia. Antes de os deixar na companhia do cirurgião, salvaguardei que assim que a transferíssemos para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), os viria informar. Ao fim de cerca de uma hora, transferimos a Carolina para a UCI, pelo que me desloquei junto dos pais, que se encontravam numa visível alegria e tranquilidade, por saber que tudo tinha corrido tal como previsto e que a menina deles estava bem. Antes que voltasse para o BO, trocaram comigo muitas palavras de agradecimento e reconhecimento pela “...minha sensibilidade e dedicação.”, referindo a importância no suporte que lhes foi prestado ao longo de toda esta experiência.

Tudo tinha corrido bem naquele dia. Mas, quando voltei ao serviço no dia seguinte, fui surpreendido com a má notícia de que a Carolina não estava bem. Tal como o cirurgião tinha partilhado com eles, apesar de tudo ter corrido bem, o seu estado era ainda crítico, sendo necessário aguardar pelas primeiras 48 horas, para compreendermos a evolução do seu processo de saúde-doença. O que tinha acontecido, é que o coração da Carolina tinha entrado em depressão da função cardíaca, levando à necessidade de suporte cardiocirculatório através de ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation), uma assistência cardiopulmonar (Fragata, 2009). Assim que me foi possível, desloquei-me junto dos pais que se encontravam numa carregada tristeza, junto à Carolina aos pés da sua cama. Quando me aproximei, a mãe olhou para mim e abraçando-se ao pai referiu: “a minha menina...”. Fiquei junto a eles, não conseguindo nada mais fazer, do que apenas confortar o pai e a mãe com um abraço enquanto olhava para a Carolina. Naquele momento não consegui dizer nada, queria apenas estar ali e dizer-lhes que ali estaria para quando precisassem de mim. Ao fim de um pouco, referi-lhes que tinha que ir para o BO, mas que voltaria ali o mais tardar no final do meu turno.

Não me foi possível antes, pelo que depois de o meu turno terminar, desloquei-me junto a eles. O tempo em que estive no BO, foi muito importante para que pudesse recuperar a minha capacidade para estar junto a eles e

efetivamente suportá-los naquele momento tão difícil. Quando cheguei junto a eles, estavam exatamente como os tinha deixado, mantendo-se estáticos e imóveis junto da Carolina. Não tinha outro propósito, senão o de reforçar a minha disponibilidade para os ajudar da forma que me fosse possível. Mas a proximidade que tínhamos estabelecido no decorrer de toda esta experiência, fez com que a mãe se sentisse à vontade comigo, pelo que partilhou comigo a sua angústia e tristeza. Referia a injustiça em a Carolina estar naquele estado, “ainda no fim de semana fomos passear... ela até andou de bicicleta com o pai...”. Fiquei junto a eles, num momento em que pude promover a sua expressão de emoções e sentimentos, tentando simultaneamente suportá-los na adversidade fria desta crise emocional que experimentavam.

No decorrer dos dias que se seguiram, fui tendo diferentes oportunidades de junto deles ir acompanhando a evolução do processo de saúde-doença da Carolina, com dias em que tudo parecia estar a correr bem e outros de profunda regressão. Preocupei-me sempre em promover o suporte emocional durante este percurso, tentando simultaneamente, promover o diálogo entre os pais sobre a forma como estavam individualmente a experimentar todo este processo. Mas ao fim de cerca de duas intensas e exaustivas semanas para a Carolina e para os pais, a Carolina faleceu.

Eu estava no meio de uma cirurgia, quando fui informado. Quando cheguei junto dos pais, estavam a sair de uma sala que lhes tinha sido exclusivamente reservada para que pudessem em privacidade viver sozinhos aquele momento. O pai abraçou-se a mim a chorar compulsivamente, enquanto a mãe o tentava consular. Somos pessoas que cuidamos de pessoas... sou agora pai de duas crianças... não havia nada para dizer ali, apenas a partilha de um honesto e forte abraço com aquele pai que de forma tão angustiante sofria a perda da sua filha. Este foi sem dúvida uma das experiências mais intensas no decorrer do meu estágio no BO.

A prestação de cuidados ao longo do acolhimento, intra e pós-operatório da Carolina, representa a articulação das conceções orientadoras do Cuidar em pediatria no contexto perioperatório (Hockenberry & Wilson, 2014; IPFCC, 2017; NCSN, 2004; OE, 2010). Analisando agora o período intra e pós-operatório à luz do Modelo de TEEP, é possível verificar que a experiência no BO fluiu na continuidade da VPO, representando o acolhimento na companhia dos pais e as

diferentes formas de dádiva de afeto, expresso através da brincadeira, do carinho e das palavras partilhada por parte dos diferentes elementos da equipa, a continuidade em **“nutrir os cuidados com afeto”** e **“promover um ambiente seguro e afetuoso”** (Diogo, 2017a).

Durante o período em que a Carolina esteve acordada, houve espaço para a promoção da sua participação na prestação dos cuidados e para a tomada de decisão informada e partilhada, sendo por exemplo a própria Carolina a colar os elétrodos e a decidir sob a forma como iria lidar com a cateterização venosa periférica. A forma como a sua participação foi suportada e incentivada, revelou-se não só, numa prestação de cuidados adequada ao seu estágio de desenvolvimento, como respeitadora dos princípios inscritos nos cuidados centrados na família e nos cuidados não traumáticos (Hockenberry & Wilson, 2014; IPFCC, 2017; NCSN, 2004; OE, 2010). Na base desta prestação de cuidados à Leonor, foram mobilizadas diferentes estratégias para assegurar o equilíbrio de poderes, através da tomada de decisão partilhada, da partilha de informação e da promoção da sua participação nos cuidados, articulando ainda o recurso à disponibilidade, à postura calma e tranquila e ao reforço positivo, num propósito de **“facilitar a gestão das emoções do cliente”** e **“construir a estabilidade na relação”** (Diogo, 2017a).

A resiliência da equipa, em manter um elemento disponível para, de forma programada e organizada, ir partilhar informação junto da família durante este período perioperatório, é muito importante para a redução do stress e ansiedade dos pais, promovendo o sentimento de melhor informação e melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Hanson-Heath, Muller, & Cunningham, 2016; Stefan, K., 2010; Micheli, Curran-Campbell, & Connor, 2010). A minha intervenção junto dos pais no período intraoperatório, foi um reflexo da prestação da equipa. Neste sentido, o encaminhamento para um espaço privado, a partilha de informação periódica, a abordagem calma, o fomentar da esperança e a dádiva de afeto, são algumas das estratégias a que recorremos para **“promover um ambiente seguro e afetuoso”**, **“nutrir os cuidados com afeto”**, **“construir a estabilidade na relação”** e **“facilitar a gestão das emoções do cliente”** (Diogo, 2017a).

A forma como evoluiu o processo de saúde-doença da Carolina, levou a que esta experiência tenha sido muito particular e intensa. Tal como Watson (2002b)

refere, “o autoconhecimento e a vontade de cuidar e amar, são condições prévias ao cuidar do outro” (p.62). Eu nunca poderia ficar indiferente a toda aquela tensão e crise emocional experimentada pelos pais, até porque, o nosso envolvimento emocional era já resultado do cuidado transpessoal nesta experiência intersubjetiva. Foi muito importante, no sentido de suportar emocionalmente os pais da Carolina, em primeiro lugar estar presente nesta adversidade, assegurando a minha proximidade e disponibilidade. Contudo, precisei de me afastar um pouco, descentrar-me daquele contexto, não me deixando afetar negativamente e mantendo-me conectado para conseguir **“regular a disposição emocional para cuidar”**. Pela empatia emocional criada, pelo reflexo e pessoalização desta experiência, a tristeza que sentia apenas seria indutora, pela ressonância afetiva, de um maior sofrimento para os pais da Carolina (Diogo, 2015, 2017a, 2017b). Ao longo do desenrolar de toda esta experiência, que culmina com a morte da Carolina, fui mobilizando as diferentes categorias do Modelo de TEEP naquela que é a sua tripla centralidade, ou seja, em mim, na Carolina e nos seus pais, bem como na relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2017a).

Toda a complexidade envolvida nesta experiência, foi assim promotora da concretização dos objetivos de: *colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança ou jovem e à família; desenvolver competências de comunicação adequadas à criança ou jovem e família nas várias idades e estádios de desenvolvimento; promoção da expressão das emoções e sentimentos da criança ou jovem e da família relativamente à experiência que estão a viver; promoção da capacitação para a gestão emocional e reforço de fontes de suporte facilitadoras da gestão emocional da criança ou jovem e família; promover a capacitação da criança ou jovem e família para o desenvolvimento de estratégias de coping relativamente à experiência da hospitalização e ao seu processo de saúde-doença, tendo particular atenção ao percurso perioperatório.*

c) **Apresentação de Comunicação Livre no XVIII Congresso Nacional da AESOP**

Resumo

Título

Intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou jovem e família no perioperatório: protocolo de uma revisão *scoping*

Introdução

A hospitalização é uma experiência de tonalidade negativa para a criança ou jovem, bem como para a sua família, representando o medo e a ansiedade o seu espelho emocional (Diogo, 2015). No que diz respeito à experiência cirúrgica, o ambiente, a invasibilidade, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, são simultaneamente causas e potencializadores do *distress* perioperatório da criança ou jovem e da família (Capurso & Ragni, 2016). Num estudo relativo à experiência emocional dos pais de crianças ou jovens submetidas a cirurgia cardíaca, os pais referem culpa pela cardiopatia dos filhos, descrevendo uma montanha russa de emoções, a impotência gerada pela entrega do seu e a espera como estando sentados em cima de alfinetes e agulhas (Wei *et al.*, 2016).

Objetivo

Identificar e mapear a produção científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa da literatura nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, bem como na Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic

Reviews and Implementation Reports e na Cochrane Library, tendo sido utilizadas as palavras-chave, bem como os termos de indexação que se adequam à pesquisa. Foram considerados os estudos quantitativos, que incluem, mas não estarão limitados a desenhos de estudos experimentais e desenhos de observação, os estudos qualitativos, que incluem, mas não estarão limitados a fenomenologia, *grounded theory* e projetos etnográficos, e as revisões sistemáticas que incluem meta-análises e meta-sínteses. Serão igualmente considerados outros textos tais como relatórios, artigos de opinião, artigos de discussão.

Resultados

Na especificidade dos cuidados pediátricos no perioperatório, a implementação de programas de intervenção de enfermagem pré-operatória, cujo propósito está assente no suporte psico-emocional com recurso a material educativo e adaptado à faixa etária da criança ou jovem resulta na redução do medo e ansiedade e consequente aumento do seu bem-estar (Kassai *et al.*, 2016; Liguori *et al.*, 2016).

Relativamente à presença parental durante a indução anestésica, esta tem um efeito importante na redução da ansiedade da criança e dos pais. Contudo, esta presença deve ser programada, carecendo ela mesma de suporte e preparação (Kain *et al.*, 2009; Rasti-Emad-Abadi, Naboureh, Nasiri, Motamed & Jahanpour, 2017).

No que diz respeito à comunicação da equipa multidisciplinar com a família durante o período perioperatório, a sua organização entre a equipa multidisciplinar, integrada num programa sistemático, atendendo a questões como a periodicidade, os materiais de apoio e o tipo de informação, é particularmente importante para reduzir a ansiedade e receios da família durante este período (Lopez *et al.*, 2016).

Conclusão

Os cuidados centrados na família são a filosofia do cuidar em pediatria (DGS, 2013; IPFCC, 2017; OE, 2010, 2011). No que diz respeito ao

perioperatório expressam-se através de diversas intervenções como a preparação pré-operatória, a presença parental, o enfermeiro de ligação, entre outros (Goodman & Spry, 2016; Hanson-Heath *et al.*, 2016; Panella, 2016). Estas intervenções de enfermagem são fundamentais na redução do stress e ansiedade, e na promoção da segurança, respeito e bem-estar do cliente pediátrico no perioperatório, sendo cumulativamente importante pela promoção do desenvolvimento da criança e por ser facilitador de experiências futuras (Barros, 2003).

Bibliografia

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*, (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: an integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/0.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2017a). *Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica*. Acedido a 1/12/2017, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance
- Diogo, P. (Coord.) (2017b). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10/05/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

- Goodman, T. & Spry, C. (2016). *Essentials of Perioperative Nursing* (5^a ed.) Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Hanson-Heath, C., Muller, L. & Cunningham, M. (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN journal*, 103 (4), 414-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017>
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Intitute for Patient and Family Centered Care. Acedido a 05/02/2017, disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Kassai, B., Rabilloud, M., Dantony, E., Grousseau, S., Revol, O., Malik, S., ... & Pereira de Souza Neto, E. (2016). Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 95-102. doi:<https://doi.org/10.1093/bja/aew154>
- Lopez, C., Hanson, C., Yorke, D., Johnson, J., Mill, M., Brown, K., & Barach, P. (2016). Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric Cardiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ppedcard.2016.11.001>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
- Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahanpour, F. (2017). The effects of preanesthetic parental presence on preoperative anxiety of children and their parents: A randomized clinical trial study in

Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 72.
doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14

Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>

Apresentação



Intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório: protocolo de revisão *scoping*

Dario Antunes

Enf. Perioperatório - CHLC,EPE

Mestrando em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Paula Diogo

Prof.^a Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem - ESEL

Doutorada em Enfermagem

Lisboa março 2018

Sumário

- ↪ Objetivos
- ↪ Enquadramento Conceptual
- ↪ Metodologia
- ↪ Resultados
- ↪ Conclusões

Objetivos

Identificar e mapear a produção científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório?

Dario Antunes

Paula Diogo

Enquadramento Conceptual

...a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas (Watson, 2002)

... cuidar é estar emocionalmente aberto para o outro (Swanson, 1993)

... a ausência de afeto se traduz na frieza da técnica e na negação do Cuidar (Collière, 2003)

... cuidados centrados na família enquanto quadro de referência dos cuidados de enfermagem à criança ou ao jovem e sua família (OE, 2011)



Dario Antunes

Paula Diogo

Foco desta revisão

... a hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e para a sua família, sendo o medo e a ansiedade o espelho emocional desta experiência de tonalidade negativa que representa a vivência da doença e da hospitalização.

(Diogo, 2015)

... vivência é condicionante das experiências que lhe procedem

(Panella, 2016)

... montanha russa de emoções, impotência, “estar sentado em cima de alfinetes e agulhas”

(Wei *et al.*, 2016)

...promoção de políticas de suporte emocional

(IPFCC, 2017)

Dario Antunes

Paula Diogo

Metodologia

Revisão *scoping*

- ... identificar e mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa
- ... identificar lacunas na evidência
- ... esclarecer conceitos-chave
- ... determinar não apenas a extensão da evidência disponível sobre determinada temática, mas também a forma como a pesquisa foi realizada

(JBI, 2015)

População

- ... criança ou jovem
- ... família
- ... enfermeiro

Conceito

- ... todos os estudos que identifiquem quaisquer intervenções de enfermagem que sejam promotoras da gestão da emocionalidade da criança ou do jovem e família no período perioperatório.

Contexto

- ... perioperatório imediato
(Serra *et al.*, 2015; Goodman & Spry, 2016)

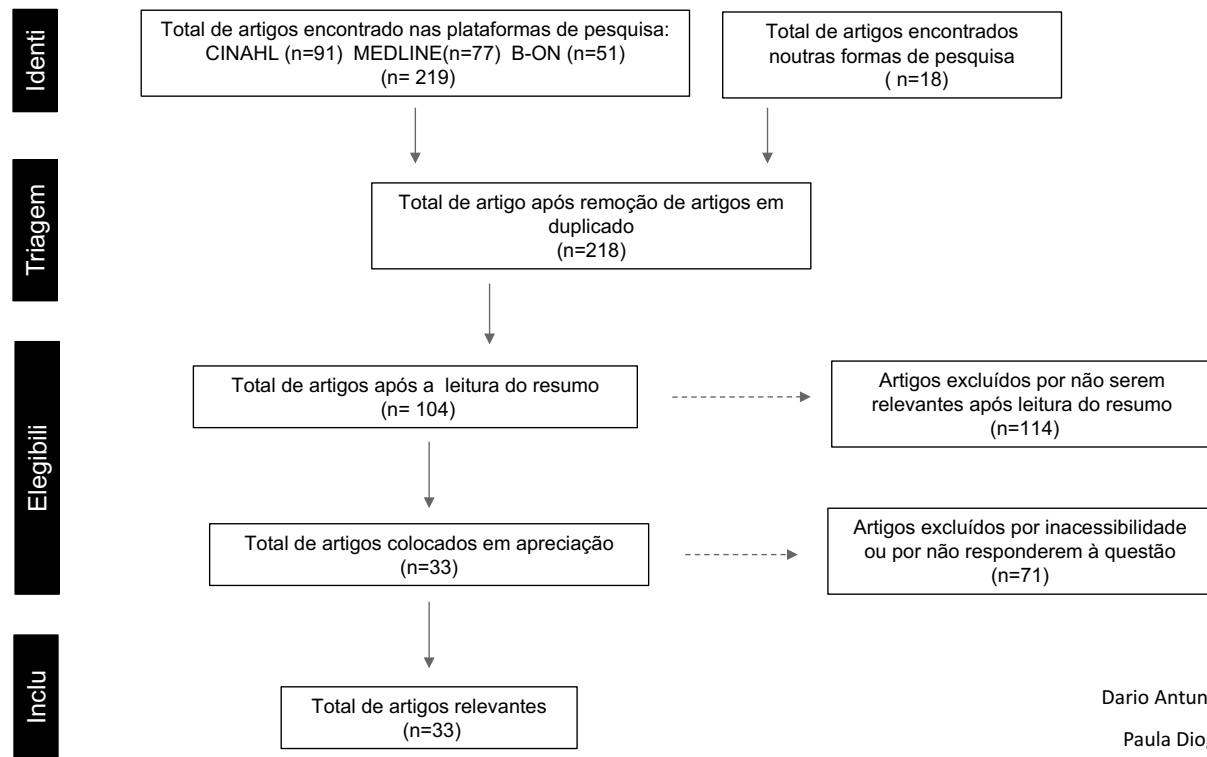
Dario Antunes

Paula Diogo

Resultados: Pesquisa Preliminar



Palavras-chave: criança; família; intervenções de enfermagem; cuidados centrados na família; emoções; perioperatório



Resultados: Pesquisa Preliminar

... cuidados centrados na família no perioperatório: pré-operatório,
intraoperatório e pós-operatório

(Chorney & Kain, 2010)

Preparação pré-operatória

(Kassai *et al.*, 2016; Liguori *et al.*, 2016; Panella, 2016)

... reduz o stress e ansiedade

... informação adequada relativamente à experiência anestésico-cirúrgica e à
experiência sensorial

... adequada ao estágio de desenvolvimento da criança

(Johnson & Rodriguez, 2013)

... promover a participação parental

... recurso a diferentes estratégias: brincar, *modeling*, aplicações, livro de bd

Dario Antunes

Paula Diogo

Resultados: Pesquisa Preliminar

Intraoperatório

Ambiente

(Panella, 2016; Goodman & Spry, 2016; Diogo, 2017)

... tranquilo e pouco estimulante... seguro e afetuoso

... adequado ao estágio de desenvolvimento: comunicação, *coping*, distração, *modeling*, brincar

Presença parental

(Kain *et al.*, 2009; Rasti-Emad-Abadi *et al.*, 2017)

... reduz o stress e ansiedade da criança ou jovem

... controverso: ansiedade (criança e profissionais)

... suporte e preparação

Dario Antunes

Paula Diogo



Resultados: Pesquisa Preliminar

Intraoperatório

Comunicação

(Hanson-Heath, Muller & Cunningham, 2016; Lopez *et al.*, 2016)

... reduz a ansiedade

... promove o sentimento de respeito e participação

... integrado num programa individualizado: equipa, periodicidade, ambiente...

Pós-operatório

Ambiente

(Panella, 2016; Goodman & Spry, 2016; Diogo, 2017)

... tranquilo e pouco estimulante

... seguro e afetuoso

Presença parental

(Kain *et al.*, 2009; Chorney & Kain, 2010; Serra *et al.*, 2015)

... reduz o stress e ansiedade da criança ou jovem

... promove o sentimento de respeito e participação parental

Dario Antunes

Paula Diogo

Conclusões

... cuidados de enfermagem perioperatórios à criança ou jovem e família

... cuidados centrados na família

... reduz o stress e ansiedade da criança ou jovem e família

... promoção da segurança e bem-estar

... promove o sentimento de respeito

... facilitador de experiências futuras

... promover o desenvolvimento da criança

Dario Antunes

Paula Diogo



“...e porque o doente que vai ser operado tem medo e se sente inseguro, porque tem problemas próprios e específicos, porque é o único e nos merece todo o respeito e um atendimento individualizado, é que os enfermeiros de sala de operações se sentem solidários e aceitam o novo desafio da enfermagem perioperatória. Começa assim a nova era da enfermagem de salas de operações em Portugal”

(AESOP, 2006, p.6)

“... não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças...”

Nelson Mandela

Obrigado

Dario Antunes

Paula Diogo



- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751—755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.) Loures: Lusociência
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de *Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10/05/2017, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Goodman, T. & Spry, C. (2016). *Essentials of Perioperative Nursing* (5ª ed.) Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc
- Hanson-Heath, C. A., Muller, L. M., & Cunningham, M. F. (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN journal*, 103 (4), 414-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.) (Vol.1). Loures: Lusociência
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido a 05/02/2017. Disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Dario Antunes

Paula Diogo

- Johnson, N., Rodriguez D. (2013). Children with autism spectrum disorder at a pediatric hospital: a systemic review of the literature. *Pediatric Nursing*, 39 (3), 131-141. Acedido a 05/07/2017, disponível em http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1282&context=nursing_fac
- Kain, Z., Maclaren, J., Weinberg, M., Huszti, H., Anderson, C., & Mayes, L. (2009). How many parents should we let into the operating room?. *Pediatric Anesthesia*, 19 (3), 244-249. doi: 10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x.
- Kassai, B., Rabilloud, M., Dantony, E., Grousseau, S., Revol, O., Malik, S., ... & Pereira de Souza Neto, E. (2016). Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 95-102. doi:<https://doi.org/10.1093/bja/aew154>
- Liguori, S., Stacchini, M., Ciofi, D., Olivini, N., Bisogni, S., & Festini, F. (2016). Effectiveness of an App for reducing preoperative anxiety in children: A randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 170(8), e160533-e160533. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0533
- Lopez, C., Hanson, C., Yorke, D., Johnson, J., Mill, M., Brown, K., & Barach, P. (2016). Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric Cardiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ppedcard.2016.11.001>
- Ordem dos Enfermeiros (2011), Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017. Disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Dario Antunes

Paula Diogo

- Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
- Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahanpour, F. (2017). The effects of preanesthetic parental presence on preoperative anxiety of children and their parents: A randomized clinical trial study in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 72. doi: [10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14](http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14)
- Serra, M., Filho, F., Albuquerque, A., Santos, C., Carvalho, J., Silva, R. (2015) Nursing Care in the Immediate Postoperative Period: A Cross-sectional Study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14 (2), p161-167. Consultado a 03/05/2017, disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5082>
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015*. Australia: The Joanna Briggs Institute
- Watson, J. (2002), *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>

Dario Antunes
Paula Diogo



d) Sessão de Análise das Práticas – Journal Club

Enquadramento da Sessão

A realização desta sessão de análise das práticas, enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, integrada no 3º Semestre do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Propus-me a realizar esta sessão, no sentido de promover a reflexão da equipa em torno da temática dos cuidados centrados na família, com foco nas intervenções de enfermagem que facilitam a gestão emocional da criança ou jovem e família.

A experiência da hospitalização é profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e sua família (Diogo, 2015). Capurso e Ragni (2016) descrevem o ambiente, a incerteza, o medo da dor, de não acordar da anestesia e a separação dos pais, como etimologia do distress da criança ou jovem e da família.

A European Operation Room Nurse Association (EORNA), evoca à defesa do cliente, familiares e outras pessoas significativas referindo o seu direito de receber as informações necessárias, bem como o suporte emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios (EORNA, 1997). Já a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP), fundamenta o seu propósito e desígnio na defesa e orientação dos cuidados de enfermagem perioperatórios para a pessoa, tendo como base uma parceria cujo objetivo é garantir a sua segurança física e emocional, prevenindo a infeção e os acidentes (AESOP, 2006).

É assim que partindo daquelas que são as conceções orientadoras do cuidar em pediatria e do desígnio da enfermagem perioperatória, me proponho a promover uma reflexão conjunta da equipa de enfermagem, naquele que é o meu contexto da prática clínica, relativamente à análise das práticas à luz de dois artigos científicos.

No primeiro artigo, os autores assumem a sua intenção de compreender a fenomenologia emocional da experiência perioperatória dos pais de crianças cuja sua cardiopatia congénita implicou a realização de uma cirurgia cardíaca.

Tendo como base a metodologia qualitativa de desenho fenomenológico descritivo, recorreram à entrevista dos pais para compreender esta experiência. Os autores descrevem que os pais começam por referir um importante sentimento de culpa pelo problema de saúde dos seus filhos, questionando-se sobre o que poderiam ter feito para que eles tenham este problema e desejando que este problema de saúde se resolvesse por si próprio, sem necessidade de recorrer ao tratamento cirúrgico. No que diz especificamente à experiência em torno do período perioperatório, os pais descrevem-se numa montanha russa de emoções dominada pelos dilemas resultantes da necessidade de tomar decisões, pelo sentimento de impotência ao entregar o seu filho ao staff cirúrgico, pela interminável espera durante a procedimento cirúrgico que descrevem como estando sentados em cima de alfinetes e agulhas, e pela explosão de alegria em saber que tudo tinha corrido bem, que equiparam ao próprio nascimento do seu filho, pelo alívio ao ver o seu filho de volta à unidade de cuidados intensivos e pelo sentimento de que foram abençoados por verem o seu filho curado (Wei *et al.*, 2016).

O segundo artigo, os autores propõem uma organização das práticas centradas na família no perioperatório, orientadas nas suas três dimensões temporais: período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Assim, no que diz respeito ao período pré-operatório, enquadram a preparação pré-operatória no centro dos cuidados centrados na família, referindo que as crianças ou jovens e pais, beneficiam de informação adequada relativamente à experiência anestésico-cirúrgica e à experiência sensorial. Igualmente importante no domínio da preparação é o suporte à aprendizagem de competências de *coping* adequadas ao estágio de desenvolvimento de que servem exemplo a distração, o *modeling* com pessoa de referência, a distração, entre outros. Relativamente ao período intraoperatório, descrevem a pré-medicação sedativa e a presença parental durante a indução anestésica como estratégias centradas na família. Contudo, os autores referem que a presença parental é uma estratégia cujo recurso carece de aprofundamento de estudo, uma vez que a ansiedade parental, por vezes aumentada durante a indução anestésica, reflete-se no aumento da ansiedade da criança ou jovem. Por fim, no período pós-operatório, a presença parental destaca-se pela extrema

importância na redução da ansiedade e na prevenção de complicações como as alterações comportamentais, entre outros (Chorney e Kain (2010).

Planeamento da Sessão

Local: Bloco Operatório de Cirurgia Cardiotorácica

Data: 1/2/2018 – 8h30m

Destinatários: Equipa de enfermagem do Bloco Operatório

Etapas	Atividades	Tempo
Introdução	<p>Proposta da dinâmica de trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento da sessão - Metodologia: partilha em grupo da reflexão individual conduzida por tópicos orientadores a propor: -Proposta de tópicos para reflexão conjunta antes da leitura do artigo (breves linhas orientadoras): <ul style="list-style-type: none"> a) perceção sobre a experiência emocional das crianças ou jovens e famílias durante o período perioperatório: sentimentos e emoções, preocupações e fontes de suporte a que recorrem b) cuidados de enfermagem prestados às crianças ou jovens e famílias, na perspetiva da experiência emocional: propósito, fontes de suporte promovidas, resultado dos cuidados 	5 min.
Apresentação de uma comunicação livre	Apresentação da comunicação livre: “Intervenções de enfermagem promotoras da capacitação e gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório: protocolo de uma revisão scoping” no II Congresso da Secção Regional do	15m.

	Sul da Ordem dos Enfermeiros – (RE) Construir o Caminho da enfermagem	
Leitura dos artigos	Leitura individual com respetiva análise	15 min.
Análise em grupo/partilha de experiências	<ul style="list-style-type: none"> - Proposta de tópicos para reflexão conjunta após a leitura do artigo (breves linhas orientadoras): a) metodologia b) suas expectativas e receios c) sentimentos e emoções experimentadas pela criança ou jovem e família ao longo do percurso perioperatório d) momentos críticos e principais stressores neste percurso perioperatório e) intervenções de enfermagem que visam suportar a gestão emocional da criança ou jovem e família ao longo do perioperatório f) análise das práticas do serviço à luz das intervenções de enfermagem propostas nos artigos g) emoções e sentimentos que resultam desta reflexão 	25 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Principais conclusões emergentes da análise das práticas - Estratégias para melhorar as práticas do serviço 	5m.
Avaliação	Avaliação da sessão em grupo	5m.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751—755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade

Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranha, P., Sams, L., & Saldanha, P. (2017). Preoperative preparation of children. *International Journal Of Health & Allied Sciences*, 6 (1), 1-4. doi:10.4103/ijhas.IJHAS_76_16
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*, (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Edição Comemorativa) Coimbra: Quarteto Editora.
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient education and counseling*, 99 (2), 173-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.004>
- Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751—755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: an integrative review of international literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330-341. Doi: <http://dx.doi.org/0.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Despacho nº. 6668 de 2 de Agosto de 2017. *Despacho nº. 6668/2017*. Diário da República 2ª série, N.º 148 (2-08-2017) 16068 - 16069
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- European Operation Room Nurse Association (1997). *European Common Core Curriculum for Operating Department Nursing Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória*. Bélgica: EORNA

- Fragata, J. (Coord.) (2009). *Procedimentos em Cirurgia Cardiotorácica*. LIDEL: Lisboa
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5ª ed.). Temas e debates: Lisboa.
- Goodman, T. & Spry, C. (2016). *Essentials of Perioperative Nursing* (5ª ed.) Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc
- Hochschild (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.). (Vol 1 e 2) Loures: Lusociência
- Infarmed (2016). *Folheto Informativo Emla25mg/g + 25mg/g lidocaína + prilocaína*. Lisboa: INFARMED, I.P. Acedido a 29/10/2017, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2966&tipo_doc=fi
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Intitute for Patient and Family Centered Care. Acedido a 05/02/2017, disponível em http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Kérrouac, S., Pépin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Maloine.
- Lopez, C., Hanson, C., Yorke, D., Johnson, J., Mill, M., Brown, K., & Barach, P. (2016). Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric Cardiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ppedcard.2016.11.001>
- MacDonald, K., Latimer, M., & Drisdelle, N. (2006). Determining the impact of a surgical liaison nurse role in the paediatric operating room. *Canadian operating room nursing journal*, 24(1), 7-36
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Supplement). Acedido a 11-12-2016. Disponível em <http://www.fons.org/library/journal/volume5-person-centredness-suppl/article1>

- Micheli, A., Curran-Campbell, S., & Connor, L. (2010). The evolution of a surgical liaison program in a children's hospital. *AORN journal*, 92(2), 158-168. doi: 10.1016/j.aorn.2010.02.014
- National Child Stress Network (2004), *The pediatric medical traumatic stress. A comprehensive care*. Acedido em 20/02/2017, disponível em <http://www.nctsn.org/trauma-types/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-for-health-care-providers>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/02/2017, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE 1 (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
- Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahanpour, F. (2017). The effects of preanesthetic parental presence on preoperative anxiety of children and their parents: A randomized clinical trial study in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 72. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14
- Serra, M., Filho, F., Albuquerque, A., Santos, C., Carvalho, J., Silva, R. (2015) Nursing Care in the Immediate Postoperative Period: A Cross-sectional Study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14 (2), p161-167. Consultado a 03/05/2017, disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5082>

- Smith, P. (1992). *The emotional labour of Nursing: Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nurse care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253-261. doi: 10.1016/j.nepr.2008.08.009
- Stefan, K. (2010). The nurse liaison in perioperative services: a family-centered approach. *AORN journal*, 92(2), 150-157. doi: 10.1016/j.aorn.2009.11.070
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing research*, 40(3), 161-165. Acedido em 25/04/2017, disponível em http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1991/05000/Empirical_D
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 25 (4), 352-357. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- UNICEF. (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança: adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 07/01/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>
- World Health Organization (2016). A69/39 - Framework on integrated, people-centred health services. Genébra: WHO

APÊNDICES

APÊNDICE I
Dossier Temático



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

3º Semestre

Dossier Temático

**Cuidados Centrados na Família: intervenções de enfermagem que
facilitam a gestão emocional da criança ou do jovem e família**

Mestrando:

Dario Manuel Gonçalves Caniço Antunes n.º 7328

Docente Orientador:

Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Janeiro de 2018

ÍNDICE

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- a) Introdução**
- b) Resumo de artigos**
- c) Livros para consulta**

a) Introdução

... um pouco da nossa história e da nossa identidade...

“O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia.”

(EORNA citada pela AESOP 2006, p.6)

Na Europa, em 1980, é criada a European Operating Room Nurses Association (EORNA), que assume como missão a promoção da qualidade dos cuidados e das boas práticas, o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos e especificamente a preparação de um currículo comum europeu dos enfermeiros perioperatórios (EORNA, 2012).

Em Portugal, é criada em 1986, a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) que vem defender a orientação dos cuidados de enfermagem perioperatório para a pessoa, tendo como base uma parceria cujo objetivo é garantir a sua segurança física e emocional, prevenir a infeção e os acidentes.

“E porque o doente que vai ser operado tem medo e se sente inseguro, porque tem problemas próprios e específicos, porque é o único e nos merece todo o respeito e um atendimento individualizado, é que os enfermeiros de sala de operações se sentem solidários e aceitam o novo desafio da enfermagem perioperatória. Começa assim a nova era da enfermagem de salas de operações em Portugal”

(AESOP, 2006, p.6)

O avanço científico e tecnológico da medicina, em particular no que diz respeito à anestesia e cirurgia, exigem que o enfermeiro perioperatório garanta uma atualização de saberes teóricos e práticos contínuos. Este profundo

desenvolvimento permite o elevado sucesso cirúrgico que vivemos no presente, implicando, contudo, o aumento da diversidade e gravidade das patologias, a hipérbole de complexidade e agressividade de intervenções cirúrgicas e suas comorbidades (Fragata, 2009). Este intenso aumento da complexidade, implica diretamente uma vulnerabilidade e dependência acrescidas do cliente quando no contexto particular do perioperatório. O ato cirúrgico, face às diversas expectativas, significados e representações, assume-se como uma ameaça acrescida à integridade da criança ou jovem e família na experiência de hospitalização. O medo do desconhecido, da dor, de não acordar da anestesia, bem como o ambiente estranho e hostil preenchem a etimologia desta crise emocional associada ao procedimento anestésico-cirúrgico (Capurso & Ragni, 2016; Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016).

Esta experiência cirúrgica, tal como é experimentada e vivida pela criança ou jovem e pela família, é particularmente importante para a enfermagem na medida em que a orientação para a pessoa, segundo Kérouac, Pépin e Ducharme (1994), é a base da diferenciação da disciplina da enfermagem de outras disciplinas. Esta diferenciação, decorre ao longo de um continuum histórico de identificação e precisão do próprio domínio da investigação e da prática de enfermagem. Watson (2002a) parte assim de uma preocupação e de um mal-estar assente naquilo que descreve como a evolução ocidental que apesar de ser muito importante no contexto da medicina moderna, se reduz no cientismo e na cura bio fisiológica. “O sofrimento humano e ecológico é comum por todo o mundo, o cuidar que restaura, e o antigo sagrado feminino que a enfermagem simboliza, foi ferido e necessita de ser curado.” (Watson, 2002a, p.6).

“O cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática da enfermagem”

(Watson, 2002a, p.61)

A evidência espelha a intensidade emocional da experiência cirúrgica vivida pela criança ou jovem e pela família (Capurso & Ragni, 2016; Diogo, 2015, 2017). Sendo o desígnio da enfermagem perioperatória garantir a segurança física e emocional do cliente ao longo da experiência cirúrgica, a filosofia dos

cuidados centrados na família revela-se central aos cuidados de enfermagem perioperatórios à criança ou jovem e sua família. O Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), refere que o quadro de referência dos cuidados centrados na família tem como base a parceria estabelecida entre os prestadores de cuidados e a criança ou jovem e sua família ou pessoa significativa sendo assente no princípio da dignidade e respeito, na partilha de informação, na participação e na colaboração, e tendo como propósito a promoção de políticas de suporte emocional, nucleares para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados e ao mesmo tempo para a promoção do bem-estar e satisfação dos clientes (IPFCC, 2017). Sendo o suporte emocional uma condição facilitadora essencial na experiência perioperatória para a criança ou jovem e sua família, os cuidados centrados na família organizam-se enquanto programas de preparação pré-operatória, promoção do ambiente tranquilo e seguro, promoção da presença parental e partilha de informação, resultando globalmente na redução do medo e ansiedade e consequente no aumento do seu bem-estar (Diogo, 2017; Panella, 2016; Rasti-Emad-Abadi, Naboureh, Nasiri, Motamed & Jahanpour, 2017).

Assim, importa definir que, de acordo com Damásio (2012), se entende por emoções as respostas químicas e neurais a estímulos que se manifestam na dimensão física, enquanto alterações corporais, e na dimensão da mente enquanto sentimentos, ou seja, o resultado da tomada de consciência da emoção. Mas foi a socióloga Hochschild (1983) que, ao estudar as emoções e o seu estreito relacionamento com a ação, trouxe para o conhecimento um novo conceito a que chamou de *emotional labour*, ou seja, trabalho emocional. Por sua vez, Smith (1992), integra este conceito na prática dos cuidados de enfermagem, descrevendo a capacidade, que mais do que inata deve ser aprendida e treinada, do enfermeiro em gerir e superar os seus sentimentos e conflitos internos, com fim a induzir a segurança e tranquilidade essenciais para o bem-estar e satisfação do cliente. Em sua continuidade, Diogo (2015, 2017) evidencia a dupla centralidade do trabalho emocional dos enfermeiros, na medida em que estes mobilizam na sua prática diária competências emocionais que visam a transformação positiva de sentimentos e emoções negativas, tendo como propósito a regulação da disposição emocional para cuidar e simultaneamente promover um ambiente mais seguro, tranquilo e afetuoso.

b) Resumo dos artigos

Artigo n.1 - Experiences of mothers of infants with congenital heart disease before, during, and after complex cardiac surgery.

Autor(es): Kayla Harvey, Andrea Kovalesky, Ronald Woods e Lori Loan

Ano: 2013

Tendo como propósito o desenvolvimento, baseado na evidência, de medidas de suporte centradas na família, os autores compreender a experiência emocional de mães cujos filhos, com diagnóstico pós-natal de cardiopatia congênita, foram submetidos a uma cirurgia cardíaca. Propõem-se a realizar esta análise através de um estudo qualitativo descritivo que se baseou na redação de um jornal de partilha pessoal. Assim, concluíram que a forma como as mães descrevem a sua experiência emocional ao longo deste período perioperatório se organiza em seis categorias principais: a emergência de emoções e sentimentos intensos, a entrada no universo médico, o ter de lidar com a incerteza e com o desconhecido, a possibilidade de morte do seu bebé, a busca de significado e conexão espiritual, e ainda o “*mothering through it all*”, ou seja, o foco no seu instinto e perícia maternal para cuidar do seu filho independentemente das circunstâncias.

Referência Bibliográfica:

Harvey, K., Kovalesky, A., Woods, R. & Loan, L., (2013). Experiences of mothers of infants with congenital heart disease before, during, and after complex cardiac surgery. *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care* (42), 399 - 406. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.08.009>

Artigo n.2 - Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing

Autor(es): Holly Wei, Cecelia Roscigno, Kristen Swanson, Beth Black, Diane Hudson-Barr e Cherissa Hanson

Ano: 2016

Neste artigo, os autores assumem a sua intenção em compreender a fenomenologia emocional da experiência perioperatória dos pais de crianças cuja sua cardiopatia congênita implicou a realização de uma cirurgia cardíaca. Tendo como base a metodologia qualitativa de desenho fenomenológico descritivo, recorreram à entrevista dos pais para compreender esta experiência. Os autores descrevem que os pais começam por referir um importante sentimento de culpa pelo problema de saúde dos seus filhos, questionando-se sobre o que poderiam ter feito para que eles tenham este problema e desejando que este problema de saúde se resolvesse por si próprio, sem necessidade de recorrer ao tratamento cirúrgico. No que diz especificamente à experiência em torno do período perioperatório, os pais descrevem-se numa montanha russa de emoções dominada pelos dilemas resultantes da necessidade de tomar decisões, pelo sentimento de impotência ao entregar o seu filho ao staff cirúrgico, pela interminável espera durante a procedimento cirúrgico que descrevem como estando sentados em cima de alfinetes e agulhas, e pela explosão de alegria em saber que tudo tinha corrido bem, que equiparam ao próprio nascimento do seu filho, pelo alívio ao ver o seu filho de volta à unidade de cuidados intensivos e pelo sentimento de que foram abençoados por verem o seu filho curado.

Referência Bibliográfica:

Wei, H., Roscigno, C., Swanson, K., Black, B., Hudson-Barr, D. & Hanson, C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45 (2), 154-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>.

Artigo n.3 - Family-centered Pediatric Perioperative Care

Autor(es): Jill Chorney e Zeev Kain

Ano: 2010

Os autores propõem neste artigo uma organização das práticas centradas na família no perioperatório, orientadas nas suas três dimensões temporais: período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Assim, no que diz respeito ao período pré-operatório, Chorney e Kain (2010) enquadram a preparação pré-operatória no centro dos cuidados centrados na família, referindo que as crianças ou jovens e pais, beneficiam de informação adequada relativamente à experiência anestésico-cirúrgica e à experiência sensorial. Igualmente importante no domínio da preparação é o suporte à aprendizagem de competências de *coping* adequadas ao estágio de desenvolvimento de que servem exemplo a distração, o *modeling* com pessoa de referência, a distração, entre outros. Relativamente ao período intraoperatório, descrevem a pré-medicação sedativa e a presença parental durante a indução anestésica como estratégias centradas na família. Contudo, os autores referem que a presença parental é uma estratégia cujo recurso carece de aprofundamento de estudo, uma vez que a ansiedade parental, por vezes aumentada durante a indução anestésica, reflete-se no aumento da ansiedade da criança ou jovem. Por fim, no período pós-operatório, a presença parental destaca-se pela extrema importância na redução da ansiedade e na prevenção de complicações como as alterações comportamentais, a necessidade de recurso a maior intervenção farmacológica, entre outros.

Referência Bibliográfica:

Chorney, J. & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112, 751—755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade

Artigo n.4 - Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective.

Autor(es): Judy Panella

Ano: 2016

Este artigo é uma referência, do ponto de vista da prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios à criança ou jovem e família. Reconhecendo que esta é uma experiência profundamente ansiogénica para a criança ou jovem e família, refere a importância da prevenção pré-operatória do stress e da ansiedade na prevenção de *outcomes* negativos pós-cirúrgicos como a dor aumentada ou as alterações comportamentais. No que diz respeito à organização e operacionalização destes programas, salientando a importância da sua adequação ao seu estágio de desenvolvimento, e na impossibilidade de ser prestada por um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, atribui ao enfermeiro perioperatório a responsabilidade pela realização desta mesma preparação.

Tal como com a criança ou jovem, a experiência cirúrgica é particularmente profundamente ansiogénica para a sua família, pelo que refere a responsabilidade do enfermeiro, atendendo à filosofia dos cuidados centrados na família, em assegurar o suporte da família e promover a sua participação no plano de cuidados.

Referência Bibliográfica:

Panella, J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104 (1), 11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>

Artigo n.5 - A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada

Autor(es): Esmeralda Teixeira; Maria do Céu Figueiredo

Ano: 2009

Este artigo, incide particularmente sobre a compreensão da experiência da criança e família ao longo do período perioperatório. Assim, tendo por base um estudo fenomenológico conduzido num hospital pediátrico português, propõe-se a compreender o impacto da preparação pré-operatória em crianças de idade escolar. Os autores concluíram que a implementação de um programa de intervenção de enfermagem pré-operatória, cujo propósito assente no suporte psico-emocional com recurso a material adequado ao estágio de desenvolvimento, resulta numa mudança importante da forma como experimentam este período perioperatório. Neste sentido, destacam como principais resultados desta intervenção: a redução do medo e da ansiedade, o maior entendimento, aceitação e reconhecimento dos procedimentos cirúrgicos; maior facilidade em estabelecer uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem; referindo ainda a importância da presença familiar com tranquilizadora desta experiência.

Referência Bibliográfica:

Teixeira, E., & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Referência*, 2(9), 7-14.

Artigo n.6 - Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery.

Autor(es): Christina Lopez, Cherissa Hanson, Diane Yorke, Julie Johnson, Michael Mill, Karla Brown e Paul Barach

Ano: 2016

Os autores propõem-se a compreender a influencia da comunicação com os familiares durante o período intraoperatório de crianças submetidas a uma cirurgia cardíaca. Para isso, os autores desenharam entrevistas estruturadas e guiadas a um grupo de profissionais da equipa multidisciplinar e a outro grupo dos familiares das crianças, com fim a investigarem a forma como este programa e a própria comunicação eram percebidas por cada um dos grupos. A importância deste programa foi unânime nos grupos, sendo a percepção do grupo profissional de que a comunicação era adequada e apropriada para responder aos desejos e necessidades de informação da família. No que diz respeito ao grupo das famílias, referem que a comunicação pré e pós-operatória, apesar de adequada poderia ser melhorada. Quanto ao período intraoperatório, os autores despistaram uma variação importante na forma como a comunicação era estabelecida com a família, segundo a qual, em resultado da falta de comunicação, emerge o nervosismo e a ansiedade. Os autores concluem então a necessidade de otimização da comunicação com a família, sugerindo para isso um programa multidisciplinar, organizado e suportado em partilha de brochuras e vídeos, no sentido da promoção do sentimento de inclusão dos familiares.

Referência Bibliográfica:

Lopez, C., Hanson, C., Yorke, D., Johnson, J., Mill, M., Brown, K. & Barach, P. (2016). Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric Cardiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ppedcard.2016.11.001>

Artigo n.7 - Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program.

Autor(es): Cathy Hanson-Heath, Linda Muller e Maureen Cunningham

Ano: 2016

Este artigo reflete a importância da organização e disponibilização de um programa de comunicação com familiares de clientes submetidos a uma cirurgia. Este artigo apresenta a implementação de um programa estruturado e organizado, que integra a globalidade da equipa multidisciplinar, e visa a promoção da ligação e conexão entre os familiares e a equipa do bloco operatório, estabelecida através da otimização da comunicação durante o período intraoperatório. A implementação deste programa, cuja operacionalização está centrada no enfermeiro perioperatório, teve como resultados observáveis a redução do stress e ansiedade dos familiares. Acresce ainda a esta observação, a constatação de que cumulativamente à partilha de informação, os familiares sentem-se suportados, quando acompanhados pelo enfermeiro perioperatório, para lhe serem partilhadas informações relacionadas com achados intraoperatórios inesperados.

Referência Bibliográfica:

Hanson-Heath, C., Muller, L. & Cunningham, M. (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN journal*, 103 (4), 414-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017>

c) Livros para consulta

Título: Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar

Autor(es): Paula Diogo

Ano: 2015

Este livro emerge do doutoramento da autora, cuja centralidade da temática incide na importância do trabalho emocional inscrito na prática dos cuidados de enfermagem à criança ou jovem e família. Começando por definir a sua conceptualização sobre emoções e a forma como o conhecimento em torno das emoções evoluiu ao longo da história, a autora contextualiza a sua integração no corpo de conhecimento de enfermagem, bem como o caminho percorrido ao longo da evolução do paradigma em enfermagem, até aquele que define como trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Com esta obra, a autora trás para o conhecimento em enfermagem a dupla centralidade do trabalho emocional dos enfermeiros, na medida em que estes mobilizam na sua prática diária competências emocionais que visam a transformação positiva de sentimentos e emoções negativas, tendo como propósito a regulação da disposição emocional para cuidar e simultaneamente promover um ambiente mais seguro, tranquilo e afetuoso

Referência Bibliográfica

· Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. 2.a Edição. Loures: Lusociência.

Título: investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem

Autor(es): Paula Diogo (Coordenação)

Ano: 2017

Este livro emerge do desenvolvimento do trabalho de investigação levado a cabo pela Linha de Investigação Emoções em Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O propósito desta obra é o de clarificar o conceito de trabalho emocional na perspetiva de enfermagem, recorrendo para isso a 5 profundos estudos que permitem compreender a forma como as emoções e o trabalho emocional se relacionam na intersubjetividade da experiência em diferentes contextos da prática clínica. Ao longo desta obra, é promovida a reflexão em torno da experiência emocional numa viagem que nos transporta desde a formação em enfermagem, com o desenvolvimento das competências emocionais nos estudantes de enfermagem, aos diferentes contextos da prática clínica, viajando entre os medos das crianças na urgência pediátrica, o afeto provido às crianças hospitalizadas sem acompanhante, a gestão emocional e os comportamentos de risco no adolescente e terminando com os diagnósticos de enfermagem focados nas necessidades emocionais.

Referência Bibliográfica

.

- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Título: Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem

Autor(es): Jean Watson

Ano: 2002

Este livro apresenta, enquadra e conceptualiza a Teoria do Cuidar Humano de Jean Watson. Partindo de uma preocupação e de um mal-estar assente naquilo que descreve como a evolução ocidental que apesar de ser muito importante no contexto da medicina moderna, se reduz no cientismo e na cura bio fisiológica, Watson enquadra-se num movimento de enfermeiros cuja inquietude faz emergir um novo paradigma orientado para aquele que entende como o arquétipo da enfermagem, a energia sagrada feminina do cuidar-curar. Defende assim que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente das emoções, referindo que as emoções são a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Este livro apresenta assim a conceptualização da Teoria do Cuidar Humano segundo a qual o “cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática da enfermagem é o ideal da enfermagem... o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana... envolve valores... compromisso... conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências. Todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença... interacções ambiente-pessoa... auto-conhecimento.”

Referência Bibliográfica

.

- Watson, J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

ANEXOS



Certificado de Apresentação

CERTIFICA-SE QUE

Dario Antunes

Apresentou a Comunicação Livre intitulada ***“Intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da criança ou do jovem e família no perioperatório: protocolo de uma revisão scoping”***, elaborado em conjunto com Paula Diogo, no XVIII Congresso Nacional AESOP que decorreu na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, de 7 a 9 de março de 2018.

Bilbao

Mercedes Bilbao

AESOP

Associação dos Enfermeiros de
Sala de Operações Portugueses
Av. do Brasil, n.º1 - piso 4
1749-008 LISBOA

aesop@aesop-enfermeiros.org
www.aesop-enfermeiros.org

Leading Congressos

Rua Diogo do Couto, 1 B
2799-537 Linda-a-Velha

aesopsecretariado@leading.pt
www.leading.pt

ANEXOS

ANEXO I

Premissas Básicas e Pressupostos da Teoria do Cuidar Humano

No que diz respeito à Teoria do Cuidar Humano, Watson (2002b) tem vindo ao longo do *continuum* temporal a promover o seu desenvolvimento e adaptando-a naquelas que define como suas premissas básicas:

1. A mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma;
2. O corpo de uma pessoa está confinado no tempo e no espaço, mas a mente e a alma não estão confinadas ao universo físico;
3. O enfermeiro pode ter acesso à mente, às emoções e ao eu interior de uma pessoa, desde que a respeite e compreenda no seu todo;
4. O espírito, o Eu interior, ou a alma de uma pessoa, existe na e para ela própria. A essência espiritual está diretamente relacionada com a sua liberdade;
5. As pessoas precisam umas das outras de uma forma cuidativa e amorosa. O amor e o cuidar são dois dados universais;
6. A condição humana de uma pessoa pode não estar relacionada com o mundo externo quanto o seu mundo interior e como cada um o experiencia;
7. A totalidade da experiência em qualquer dado momento, constitui um campo fenomenológico (Watson 2002b, p.89-91).

Segundo a sua Teoria do Cuidar Humano, o cuidar assenta em 11 pressupostos (Watson, 2002b):

1. O cuidar e o amor, são forças cósmicas e compreendem a energia física primária e universal;
2. O cuidado e o amor são frequentemente negligenciados. É fundamental assegurá-los e promove-los no sentido da promoção do humanismo, condição essencial para a sociedade;
3. O contributo da enfermagem para a sociedade assenta no desenvolvimento do seu humanismo e neste sentido o imperativo de manter o ideal e a ideologia do cuidar na prática da enfermagem;
4. O autoconhecimento e a vontade de cuidar e amar, são condições prévias ao cuidar do outro;
5. A preocupação em cuidar as pessoas que experienciam a saúde-doença está presente no percurso da enfermagem desde o seu início;

6. Cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática da enfermagem;
7. O cuidar, humano e digno, tem sido desvalorizado na prática do sistema de saúde;
8. O avanço da tecnologia e o tecnicismo, a que se associam constrangimentos de burocracia-gestão, conduziram a uma situação de crise na ideologia e na prática do cuidar;
9. A preservação e avanço do cuidar é fundamental para a enfermagem numa perspectiva presente e futura;
10. O cuidar só pode ser eficaz, se assentar num processo interpessoal humanista;
11. As contribuições social, moral e científica da enfermagem, para o ser humano e sociedade, assenta no seu compromisso com os ideais do cuidar, na teoria, na prática e na pesquisa (Watson 2002b, p.61-63).